

V CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE
Unidade Curricular – Relatório de Estágio
DOCENTE: Prof. Dr. Adriano Pedro
ORIENTADOR: Enfermeira Mestre Maria Fátima Pires

PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Maria Clara Natário Lourenço

Junho
2018



**Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre**



**V CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE
Unidade Curricular – Relatório de Estágio
DOCENTE: Prof. Dr. Adriano Pedro
ORIENTADOR: Enfermeira Mestre Maria Fátima Pires**

PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Maria Clara Natário Lourenço

**Junho
2018**

*“Para se ter sucesso é necessário amar de verdade
o que se faz. Caso contrário, levando
em conta apenas o lado racional, você simplesmente
desiste. É o que acontece com a maioria das pessoas”*

Steve Jobs

AGRADECIMENTOS

É com satisfação que agradeço a todas as pessoas que colaboraram e contribuíram para tornar possível a conclusão deste trabalho. Foram tantas!

A todos os bebés e aos pais com que tive o privilégio de estar e ainda aqueles a quem vou encontrar no ao longo do meu percurso.

Ao Professor Adriano Pedro pelo apoio prestado e orientação, pela sua disponibilidade e flexibilidade.

A todos aqueles que amo, em particular à família pelo apoio.”...desculpem-me as ausências e os” meus stress” ...adoro-vos.

Às colegas Fátima, Perpetua e Susana. Foram e são sempre umas companheiras fantásticas!

RESUMO

O presente relatório surge na sequência de um projeto de estágio que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade Almoreg, subordinado ao tema “aleitamento materno”, inserido no estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, e pretendeu-se desenvolver competências de enfermagem avançada na assistência à criança/família na amamentação, através da promoção, suporte e apoio ao aleitamento materno.

A escolha da temática deriva de uma inquietação pessoal pela constatação da inexistência de medidas concretas e efetivas direcionadas para esta prática, comprovada pela evidência científica que demonstra taxas atuais de aleitamento materno muito baixas, estando estas assim, longe das metas definidas pelas estruturas de saúde nacionais e internacionais em termos de orientações para a alimentação infantil.

Ao longo deste estágio pretendo:

- * Redefinir estratégias de atuação em torno desta temática;
- * Desenvolver instrumentos auxiliares da prática;
- * Elaborar Guia Orientador de Boas Práticas para o Cantinho da Amamentação;
- * Criar 3 unidades de Saúde amigas dos bebés (UCC Almoreg, USR Remo e UCSP de Mourão).

A metodologia de trabalho utilizada incorporou uma constante análise reflexiva das situações vivenciadas, da experiência profissional e da evidência científica existente, sendo possível ao longo do percurso realizado, demonstrar a capacidade para identificar problemas e tomar decisões assim como a importância das intervenções implementadas e da sua aplicabilidade em contextos tão específicos.

Desta forma, concluo que os objetivos definidos foram pertinentes e alcançados, produzindo ganhos em saúde e simultaneamente promotores do desenvolvimento de competências.

Palavras-chave: aleitamento materno, enfermagem, cuidados de saúde primários

Abstract

This report is part of the internship project that I developed in the “Unidade de Cuidados na Comunidade Almoreg” (Community Care Unit). The project had as main theme “breast feeding” and it is part of an internship of the Master’s Degree in Nursing. I have tried to develop advanced nursing skills in the area of child/family care, through the promotion and support of breast feeding.

My choice came out of a personal concern by watching how few objective and effective measures are being taken to promote the practice of breast feeding. My concerns have been proved by scientific evidence that show very low rates of breast feeding that are very far from the pre-defined goals that national and international health structures have established in terms of child nourishment.

Throughout this internship I intend to:

- * Redefine acting strategies concerning this theme;
- * Develop helping instruments for this practice;
- * Create a Guide of Good Practices for the Breast Feeding Corner;
- * Create 3 baby friendly health units (UCC Almoreg, USR Remo and UCSP in Mourão)

My working methods include a constant reflexive analysis of observed situations, of my working experience and from scientific evidences. I have been able to show abilities to identify problems and make decisions as well as asserting the importance of the interventions and their applicability in such specific contexts.

This way, I can conclude that the defined goals have been pertinent and fully achieved, having produced health improvement and development promotion competences.

Keywords: breast feeding, nursing, primary health care

ABREVIATURAS

AM- Aleitamento Materno

AME- Aleitamento Materno Exclusivo

IHAC – Iniciativa dos Hospitais Amigos da Criança

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

USF Remo – Unidade de Saúde Familiar de Reguengos de Monsaraz

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.ANÁLISE DO CONTEXTO | 12 |
| 2. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO | 29 |
| 3. PROJETO DE INTERVENÇÃO | 33 |
| 3.1 - O PLANEAMENTO EM SAÚDE..... | 33 |
| 3.2. - A PERTINÊNCIA DO PROJETO..... | 38 |
| 3.3. – ATIVIDADES | 40 |
| 3.3– EXECUÇÃO | 43 |
| 3.3.1– Ter uma política de aleitamento, escrita, afixada a ser transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde | 45 |
| 3.3.2– Dar formação a toda a equipa para que se implemente essa política | 46 |
| 3.3.3– Informar todas as grávidas e família sobre as vantagens e a prática do aleitamento | 47 |
| 3.3.4– Apoiar as mães a estabelecerem e manterem o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses..... | 48 |
| 3.3.5– Encorajar o aleitamento materno, após os 6 meses e até aos dois anos ou mais, conjuntamente com a introdução de alimentação complementar apropriada, adequada | 48 |
| 3.3.6– Providenciar ambiente acolhedor que favoreça a prática do aleitamento materno | 49 |
| 3.3.7– Promover a colaboração entre a equipa de saúde, grupos de apoio ao aleitamento materno e a comunidade local. | 50 |
| 3.4- AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS | 51 |
| 4 - PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .. | 53 |
| 4.1- A ENFERMAGEM ONTEM E HOJE | 53 |
| 4.2 - COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO | 56 |
| 4.2.1 - A prática profissional, ética e legal | 56 |
| 4.2.2- A gestão pela qualidade e segurança | 59 |
| 4.2.3 - A gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional | 63 |
| 4.2.4 - O planeamento, organização, direção e controlo | 66 |

| | |
|---|------------|
| 4.2.5 - A prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde | 68 |
| 4.3 - DOMÍNIO DA ASSESSORIA E CONSULTADORIA..... | 69 |
| 5. CONCLUSÃO | 71 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 75 |
| ANEXOS | 83 |
| ANEXO I – CARTA DE COMPROMISSO E PAUF | 84 |
| ANEXO II – MEMBRO DO COMITÉ PARA O ACES AMIGO DOS BEBÉS | 122 |
| APÊNDICES | 124 |
| APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO..... | 125 |
| APÊNDICE II – REGULAMENTO INTERNO DA UCC..... | 127 |
| APÊNDICE III – MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DO CANTINHO DE AMAMENTAÇÃO | 145 |
| APÊNDICE IV – MANUAL DE ACOLHIMENTO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ALUNOS DE ENFERMAGEM..... | 179 |
| APÊNDICE V – PROPOSTA DE MELHORIAS ARQUITETÓNICAS | 200 |

Índice de Quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Palavras-chave usadas na pesquisa | 14 |
| Quadro 2 - Resumo das informações referentes à revisão da literatura | 19 |
| Quadro 3 - Análise SWOT | 41 |
| Quadro 4 - Cronograma de atividades | 44 |

Índice de figuras:

| | |
|--|----|
| Fig. 1 - Concelho de Reguengos de Monsaraz | 29 |
| Fig. 2 - Concelho de Mourão..... | 30 |
| Fig. 3 – Vendinha - S. Vicente do Pigeiro..... | 31 |
| Fig. 4 - Etapas do Planeamento em Saúde | 35 |

INTRODUÇÃO

A obtenção da qualificação académica de Mestre em Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde, encontra-se regulamentada através do Regulamento de estudos. O estudante poderia optar pela realização de um relatório de estágio, no qual deve constar um projeto de Estágio com relevante importância para a prática clínica, enumerando os objetivos para o mesmo e o seu percurso e respetiva análise. Esta foi a minha opção, enveredar pela realização de um estágio profissionalizante que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade Almored no período de 18 de Setembro de 2017 a 2 de Fevereiro de 2018.

Tendo em conta os parâmetros previamente estabelecidos, o presente relatório tem como principais objetivos sintetizar o projeto de estágio, enumerar as competências adquiridas refletindo sobre o processo de obtenção das mesmas através da problematização das práticas que decorreram ao longo do período de estágio e elaborar uma revisão integrativa sobre uma temática considerada pertinente não só para o bem-estar materno/infantil, mas também para promover a orientação da prática.

Os objetivos decorrentes da realização do presente relatório visam demonstrar competências no domínio da gestão na prática profissional, ética e legal promovendo a qualidade e a segurança através dum planeamento baseado na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde, pelo que considere os objetivos seguintes:

- * Redefinir estratégias de atuação em torno do aleitamento materno,
- * Desenvolver instrumentos auxiliares da prática;
- * Elaborar Guia Orientador de Boas Práticas para o Cantinho da Amamentação;
- * Criar 3 unidades de Saúde amigas dos bebés (UCC Almored, USR Remo e UCSP de Mourão).

Reconhecida a importância do aleitamento materno eficaz e as dificuldades encontradas, torna-se pertinente consolidar os conhecimentos e habilidades através da evidência científica mais atual e delinear intervenções que permitam ao enfermeiro conceber, implementar e avaliar no sentido de contribuir para o sucesso do aleitamento materno.

Neste âmbito e com o intuito de descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, o percurso realizado e de que modo contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, estruturei este relatório em quatro capítulos.

No primeiro capítulo onde efetuei uma revisão bibliográfica e onde verifico que na maioria das vezes, os enfermeiros utilizaram estratégias apropriadas para a resolução dos problemas mais comuns na amamentação, apesar de algumas condutas não terem ainda evidência científica comprovada quanto aos benefícios ou prejuízos à sua prática. Apesar das evidências científicas bem estabelecidas quanto aos benefícios da amamentação, muitos são os fatores envolvidos no sucesso dessa prática. Portanto, ações para a implementação efetiva do AM não dependem apenas dos profissionais de saúde ou dos enfermeiros, mas devem envolver vários atores, dentre eles, a sociedade, o Estado, por meio das políticas públicas e as leis, e a família, dentre outros. (Monteschio et al, 2015).

No segundo capítulo caracterizei o ambiente onde se realizou o estágio, o qual embora seja o local onde exerço a minha atividade profissional conduziu-me a uma observação externa para apresentar o mais possível visto de fora para dentro e não de dentro para fora, por vezes mascarado com as emoções.

O projeto de intervenção com as suas etapas e em que foram identificadas as estratégias/intervenções que são determinantes para a promoção do aleitamento materno e para a obtenção de ganhos em saúde, muitas vezes difíceis de quantificar e/ou avaliar.

No capítulo seguinte foram referidas as atividades desenvolvidas, com referência à aquisição e desenvolvimento das competências específicas de enfermeiro gestor realizadas no decorrer do estágio ao que se segue uma pequena conclusão.

1. ANÁLISE DO CONTEXTO

A OMS e a UNICEF recomendam o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de vida e o aleitamento materno complementado com outros alimentos até aos dois anos pelos benefícios destas práticas a nível do crescimento, morbilidade e mortalidade infantil. No entanto, apenas metade das crianças que nascem anualmente são alimentadas exclusivamente com leite materno até ao quarto mês de vida e a interrupção do aleitamento antes da criança completar dois anos observa-se em metade das crianças. Os estudos efetuados no nosso país sugerem que a evolução da prática do aleitamento materno se processou de maneira semelhante à de outros países europeus. De facto, a industrialização, a II Grande Guerra, a massificação do trabalho feminino, a perda da família alargada e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno tiveram como consequência, a partir dos anos 30/40, uma diminuição da incidência e da prevalência do aleitamento materno. A partir do final dos anos 70, com a divulgação dos benefícios do leite materno verificou-se um retorno gradual à prática do aleitamento materno sobretudo nas mulheres com mais informação.

Em Portugal, existe uma alta incidência de aleitamento materno, no entanto, grande parte das mães desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé, o que justifica o incrementar de medidas que promovam o seu maior sucesso. As vantagens deste tipo de aleitamento são bem conhecidas pelos profissionais de saúde que têm obrigação de informar as futuras mães. O aleitamento materno satisfaz as necessidades do bebé, promove a proximidade entre mãe e filho e fortalece o vínculo iniciado na gestação. Sabemos que ao amamentar o bebé beneficia não só dos aspectos nutricionais e imunológicos, mas também da estimulação dos seus órgãos de sentidos: vê a face da mãe, escuta a sua voz, sente a sua pele, cheira o seu odor, sente o gosto do seu leite.

O sucesso do Aleitamento Materno depende de vários fatores, dentre eles, as orientações prévias ao nascimento, assim como no pós-parto, com os objetivos de preparar a mãe para superar as dificuldades que possam surgir, minimizar as preocupações e fortalecer sua autoconfiança, acreditando que quanto mais instruída sobre o assunto, maior facilidade terá para superar os obstáculos. (Silva, 2010) Assim, o enfermeiro deve identificar durante o pré-natal os conhecimentos, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da

gestante com a finalidade de promover educação em saúde para o aleitamento materno, assim como, garantir vigilância e efetividade durante a assistência à puérpera no pós-parto. (Almeida, 2004) Dessa maneira, o(a) enfermeiro(a) nos cuidados de saúde primários tem um importante papel face à amamentação, pois são eles quem mais se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, lidando com as diversos problemas do aleitamento, (Silva, 2010) e são por meio de suas práticas que podem incentivar a amamentação e apoiar as grávidas, melhorando assim, os índices de aleitamento materno e, conseqüentemente, diminuindo os índices de desnutrição infantil, alergias, anemias, doenças dentárias e infecções que podem elevar a mortalidade infantil, além de diminuir as internações, custos com consultas, medicamentos e outros. (Oliveira,2012)

Concentrando-me nas vantagens do aleitamento materno procurei entender quais os fatores que contribuem para o desmame precoce através duma revisão bibliográfica de literatura recorrendo à metodologia PICO com pesquisa de artigos científicos através da plataforma EBSCO, com o objetivo de promover a reflexão na ação e sobre a ação.

Assim, a primeira etapa do processo de elaboração da revisão integrativa inicia - se com a definição de um problema e a formulação de uma pergunta de pesquisa (Mendes Silveira; Galvão, 2008). A pergunta de pesquisa deve ser clara e específica (Silveira, 2005; Ursi, 2005).

De acordo com o referido foram elaboradas as seguintes questões:

- **Quais os fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno?**
- **Que intervenções de enfermagem nos cuidados de saúde primários são determinantes para garantir o aleitamento materno?**

Com as perguntas de pesquisa definidas, o próximo passo é a definição dos descritores e ou palavras-chave, da estratégia de busca, bem como dos bancos de dados a serem utilizados. (Brome, 2006).

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Para a seleção dos artigos desta revisão da literatura, utilizei o método designado PICOS (participantes, intervenção, comparadores, resultados (outcomes) e desenho (ou tipo de estudo)). Defini também os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos.

Tendo como linha orientadora o problema delimitado, usei o inglês/espanhol/e o português como idiomas preferenciais. Restringindo a revisão aos anos 2012 - 2017, e apenas incluí artigos apresentados em texto integral (fulltext). O acesso via internet através da área reservada da Ordem dos enfermeiros com acesso, a bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde e das Ciências de Enfermagem. Os recursos disponíveis são:

- CINAHL® Plus with Full Text – 530 Journals/ 217 Livros – Monografias tudo Full Text.
- Nursing & Allied Health Collection (tm): Comprehensive Edition – 400 Journals Full text.
- Cochrane Plus Collection, inclui: Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE).
- MedicLatina(tm) – 100 Journals em Espanhol, Full Text.
- MEDLINE® with Full Text – 1200 Journals Full Text: Inclui o International Nursing Index.

De acordo com a temática escolhida, foram seleccionadas palavras-chave para esta revisão (Quadro I)

| Palavra-chave 1 (título) | Palavra-chave 2 (título) | Palavra-chave 3 (campo opcional) |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Aleitamento materno | Enfermagem | Desmame |
| Breast feeding | Nursing | Weanig |
| Lactancia materna | Enfermería | Destete |

Quadro 1 - Palavras-chave usadas na pesquisa

Utilizei a estratégia de pesquisa descrita anteriormente. Foram reconhecidos 166 artigos nas diferentes bases de dados, dos quais após a utilização da segunda palavra-chave resultaram 35. Após a utilização da terceira palavra – chave foram encontrados 11 artigos, dos quais foram excluídos 6 por abordarem temáticas não inclusas, nomeadamente as mães adolescentes e o uso de fármacos associados à amamentação. No Quadro II, apresento os artigos seleccionados para esta revisão da literatura, especificando a informação relativa aos seus autores, ano de publicação, os participantes no estudo, opções metodológicas utilizadas pelos autores e principais resultados.

| Autor, ano, Publicação, fonte, país. | Participantes /amostra | Intervenção | Metodologia | Principais resultados | Conclusões |
|---|--|---|---|--|---|
| Oliveira de, Ailkyanne Karelly Pereira, et al. "Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce." Avances en Enfermería 35.3 (2017). | 12 Puérperas cadastradas na Unidade de atendimento Multiprofissional Especializado da saúde da Família | Entrevista semiestruturada e os dados analisados por análise de conteúdo da temática | Estudo descritivo de abordagem qualitativa | As mulheres compreenderam a importância da amamentação exclusiva, porém o retorno ao trabalho e estudo e algumas crenças e tabus como, por exemplo, acreditar que o leite é fraco, dificuldade na pega e alterações estéticas das mamas, levam ao desmame ou a inclusão de outros alimentos antes dos seis meses de vida da criança. A maioria não recebeu orientação profissional durante o pré-natal sobre amamentação e as, que receberam, reportaram a figura do enfermeiro como agente facilitador. | É importante a desmistificação e favorecimento da prática do aleitamento materno exclusivo pelo tempo mínimo estabelecido. |
| Monteschio, Caroline Aparecida Coutinho; Gaíva, Maria Aparecida Munhoz; Moreira, Mayrene Dias de Sousa. O enfermeiro frente ao desmame | Participaram do estudo enfermeiros que realizavam consulta de enfermagem à criança de maneira programática em unidades de saúde da família em Cuiabá-MT. | Os dados foram recolhidos nos meses de janeiro e fevereiro de 2012, por meio da observação participante da consulta de enfermagem | Estudo descritivo de abordagem qualitativa. | Os enfermeiros na maioria das vezes, utilizam estratégias apropriadas para a resolução dos problemas mais comuns na amamentação, apesar de alguns procedimentos não terem ainda evidência científica comprovada, quanto aos benefícios e/ou prejuízos da sua prática. | Os enfermeiros abordaram aspectos importantes do aleitamento materno durante as consultas e trabalham em prol da promoção e do resgate ao aleitamento materno exclusivo |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| precoce na consulta de enfermagem à criança. Revista Brasileira de Enfermagem, 2015. | | Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo | | | |
| Zilio, Iasmim Cristina et al (2015) Caracterização de Mães que praticaram o desmame precoce, Brazilian Journal of Surgery and Clinical Reseach - BJSCR | Centro de Saúde da Família localizado no município de Chapecó, | Nove mães após aprovação pela secretaria de saúde Municipal e pelo Comité de ética em Pesquisa da Universidad e Federal da Fronteira Sul, através de selecção aleatória. | Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa | É necessário um raciocínio clínico da situação/problema para alcançar as reais necessidades das puérperas. Devem-se considerar sempre os momentos de orientação e estimulação ao aleitamento materno, os benefícios para o binómio mãe-bebé e para a família, a fim de sensibilizar a puérpera e a sua família, oportunizando e promovendo o empoderamento e a decisão sobre prática do AME. Construir o conhecimento junto das mães que procuram o serviço de saúde é um processo de interacção ininterrupto, nos permitindo agir, intervir e proporcionar mudanças comportamentais de forma conjunta, empoderando-as e transformando-as em sujeitos da acção, da amamentação. | Este estudo permitiu verificar que a prática do aleitamento materno é condicionada socialmente por crenças, culturas, desenvolvimento e in experiência materna, condições económicas, valores e práticas que conformam o perfil das mães e influenciam na decisão. |
| Rocci, Eliana; Quintela Fernandes, Rosa Aurea. | O estudo verificar o tempo médio do aleitamento | 225 mães entrevistadas no puerpério | Trata-se de estudo de coorte com amostra de 225 | A monitorização do AME demonstrou mediana de 113 dias e que 34,1% das mães amamentaram exclusivamente por 180 dias. Houve correlação | O estudo demonstrou a influencia, positiva da IHAC na adesão das mães ao AME. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. Revista Brasileira de Enfermagem, 2014. | materno exclusivo (AME) de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança (IHAC) e correlacioná-lo com as variáveis: estado civil, idade materna, peso do bebê, dificuldades na amamentação e orientações recebidas. | mediato e no 15°, 30°, 60°, 120° e 180° dias após a alta, por telefone | mães entrevistadas no puerpério mediato e no 15°, 30°, 60°, 120° e 180° dias após a alta | estatisticamente significativa entre o tempo de AME e dificuldades na amamentação. Não houve correlação entre o tempo de AME e as variáveis: estado civil, idade materna, peso do recém-nascido e orientações recebidas. Houve diferença significativamente maior de desmame aos 60 dias nas mulheres que tiveram dificuldade na pré-alta. | |
| Fialho, Flávia Andrade, et al. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. Revista Cuidarte, 2014. | Artigos publicados entre os anos de 2001 a 2010, no idioma português., política). Subárea (saúde do adulto e idoso, da | Foram selecionados 20 artigos e os dados foram organizados de acordo com um instrumento que continha | Revisão bibliográfica | O aleitamento materno depende de fatores que podem influenciar positiva ou negativamente no seu sucesso, de modo que tais fatores refletem um desafio aos enfermeiros. Com o conhecimento dessa realidade pretende-se atingir os seguintes objetivos: conhecer a importância do enfermeiro no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno e discutir os fatores que desencadeiam o desmame | Além da vontade materna e da habilidade dos profissionais de saúde em promover o aleitamento materno, é preciso considerar que o sucesso da prática de amamentação depende também de políticas governamentais adequadas e do apoio e participação de toda sociedade. |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| | criança, da mulher, saúde mental, saúde coletiva, saúde ensino). | dados referentes: a base de dados onde o artigo foi encontrado, descritores utilizados, nome do artigo, autores, periódico, país, ano, objetivo do artigo, área (enfermage m, medicina, bioética, fisioterapia, serviço social, psicologia, interdiscipli nar | | precocidade. A análise dos dados conduziu a três categorias temáticas: a prevalência do aleitamento materno no Brasil; os fatores que levam ao desmame precoce; e a promoção do aleitamento materno pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro. | |
|--|--|---|--|---|--|

Quadro 2 - Resumo das informações referentes à revisão da literatura

Discussão

O quadro evidência que todos os estudos foram produzidos por enfermeiros apesar da amamentação ser de competência multiprofissional, pois influência, de forma significativa, a saúde da criança. (Algarves et al, 2015)

O desmame precoce é a interrupção do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida da criança. (Santos et al, 2009)

O desmame é definido como a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que se encontrava em regime de AME. Logo, o período de desmame é aquele compreendido entre a introdução dos novos aleitamentos até a supressão completa do AM (Diogo et al, 2011).

Os artigos descreveram a importância da amamentação. Diversos fatores que envolvem ou não a vontade materna podem favorecer a prática do desmame precoce. (Oliveira et al, 2017) Os motivos podem estar associados à cultura, estilo de vida e influência da sociedade. De entre as principais causas de interrupção da amamentação *“temos a insuficiência do leite materno; má interpretação do choro da criança relacionando-o á fome; necessidade das mães trabalharem fora do domicílio para ajudar nas despesas de casa, patologias relacionadas às mamas e a recusa ao seio por parte da criança”* (Monteschio et al, 2015) A má pega como maior obstáculo assim como a falta de apoio às mães para superar as dificuldades encontradas pode representar a diferença entre o sucesso e o abandono do aleitamento. (Rocci et al, 2014)

Diversos mitos e crenças associados à cultura materna entram em conflito com as recomendações para o aleitamento materno. Para Vaucher e Durman (2005) a crença de uma pessoa, sua visão de mundo ou sua espiritualidade podem repercutir sobre sua saúde. Principalmente no tocante à amamentação, os mitos ou tabus a ela relacionados podem trazer transtornos ou interferir na prática do aleitamento materno.

A maioria dos artigos refere que a maioria das mães compreende a importância da amamentação e as vantagens e que essa prática possa trazer para o crescimento e desenvolvimento da criança, no entanto a maternidade vem acompanhada de alguma insegurança em relação à capacidade de alimentar e cuidar do próprio filho. (Oliveira, 2017). Barreira e Machado (2004) afirmam que a maioria das pessoas tem conhecimento sobre o aleitamento materno, mas desacreditam na efetividade do leite materno como exclusiva

alimentação e apresentam concepções equivocadas e impregnadas de tabus e mitos que só tendem a colocar obstáculos frente à amamentação.

A prática do AME é condicionada socialmente e culturalmente uma vez que depende de crenças, culturas, desenvolvimento e inexperiência materna, condições económicas, valores e práticas que conformam o perfil das mães e influencia na decisão. (Zilio et al, 2015)

Segundo os artigos analisados, um dos motivos que levam à efetivação do desmame precoce, é a introdução precoce de “*mamadeiras, chupetas, chás, água e sucos*”. Os motivos podem estar associados à cultura, estilo de vida e influência da sociedade. Dentre as principais causas de interrupção da amamentação temos a insuficiência do leite materno, má interpretação do choro da criança relacionando-o à fome, necessidade das mães trabalharem fora do domicílio para ajudar nas despesas de casa, patologias relacionadas às mamas e a recusa ao “*seio*” por parte da criança, dentre outros. (Monteschio et al, 2015)

A monitorização do AME permitiu identificar também as dificuldades das mães no decorrer do período de seis meses. Observou-se que estas dificuldades não levaram obrigatoriamente à interrupção da amamentação. Mais uma vez, percebe-se que o desmame muitas vezes é atribuído às mães, observando na literatura causas como: “o leite secou” e o “bebé chorava”. Tais estudos revelam inclusivé que o choro do bebé foi uma das principais causas do desmame, sendo atribuído pelas mães à “fome”, ao “leite materno ser fraco” ou “não sustenta”. (Rocci et al, 2014)

Algarves et al (2004) explicam que o método utilizado para avaliar a fome do bebé não oferece exactidão, pois justifica a fome pelo choro e comportamento inquieto da criança, o que pode sugerir outras necessidades. Para Campagnolo et al (2012) essa interpretação equivocada do choro do bebé, pode implicar na introdução de aleitamento artificial, uso de biberão e consequente diminuição da sucção dos mamilos e da produção de leite. A falta de confiança em si mesma é uma das grandes responsáveis pelo pensamento que as mães têm de que seu leite é fraco, essa falta de confiança surge porque as mães podem passar a ter medo e a ver como um desafio o fato de que elas mesmas produzirem o alimento do filho, e principalmente tendem a carregar a culpa se acreditarem que o seu leite não satisfaz as necessidades da criança. A concepção que a sociedade tem de que ser uma criança saudável é ser gordinho, é motivo de stresse para a mãe e fortalece sua descrença no leite materno, pois, a partir do momento em que elas comparam seu filho com crianças em alimentação artificial e os familiares fazem comentários relacionados aos bebés gordinhos como saudáveis e mais

bonitos, incentiva a mãe a introduzir alimentação complementar precoce e desnecessariamente. O que acontece é que, se por algum motivo, o número de mamadas diminui, o estímulo de produção láctea, ocasionado pela sucção do bebé, será também reduzido, consequentemente, a produção de leite materno também diminui. Assim, pela falta de orientação da influência do estímulo da sucção do bebé na produção de leite, as mães passam a imaginar que não conseguem produzir quantidade suficiente de leite materno, necessitando, assim, complementar a alimentação da criança.

Rocci et al (2014), refere que se deve considerar também que, em algumas circunstâncias, a mãe não quer amamentar e justifica a interrupção do aleitamento com o argumento de leite fraco ou pouco leite, pois precisa dar uma satisfação para si mesma e para os outros por não nutrir o filho com o próprio leite. Neste estudo, apenas 4,3% das mulheres assumiram que desmamaram sem motivo. A pesquisa identificou ainda que o abandono do AME, segundo referência das mães, foi influenciado em 11,7% das vezes pelo pediatra que indicou a complementação do leite materno com fórmulas industrializadas.

Três dos artigos estudados, mencionam que o motivo mais evidente para a prática do desmame foi a atividade profissional fora do ambiente doméstico. Este dado corrobora os achados de um estudo similar desenvolvido com mães de lactentes, em que o trabalho materno fora de casa e a influência cultural e familiar foram determinantes para o início do desmame precoce. Embora, estudos mais recentes demonstrem que há maior prevalência de aleitamento materno entre as mães trabalhadoras, o emprego não é a maior causa do desmame e apesar da maioria das trabalhadoras utilizarem licença para amamentar, outros artifícios são utilizados para a manutenção da amamentação, como a extração periódica de leite materno durante a jornada de trabalho.

Ao analisar os mitos e crenças presentes no cotidiano das famílias, observa-se que eles representam um dos grandes desafios para a assistência profissional no processo de amamentação. Deve-se considerar que além das diversas orientações pertinentes, existem as barreiras e mitos que precisam ser quebrados e desmistificados para se garantir o sucesso na manutenção da amamentação exclusiva pelos primeiros seis meses de vida da criança. Conhecimentos e experiências adquiridos por membros da família, como mães e avós, em suas experiências maternas, geralmente acompanhados por crenças e valores culturais passados de geração para geração e aceitos dentro de seu contexto histórico, podem vir a desfavorecer a amamentação exclusiva. (Oliveira et al, 2017) A influência das avós e das

mulheres da família na prática do AM, verificou-se que influência a manutenção do AME. (Monteschi et al, 2015)

O conhecimento das grávidas com relação à maternidade e à importância do aleitamento materno exclusivo ainda está pouco desenvolvido, provavelmente decorrente de um défice de orientações no pré-natal, aumentando a taxa de desmame precoce. (Oliveira et al, 2017) O mesmo autor considera que a equipa de saúde na família como projeto de reestruturação e inovação na gestão da atenção básica que oferece à população num atendimento humanizado e resolutivo. Inclui uma equipa multiprofissional onde um enfermeiro atua na assistência ao ciclo gravídico-puerperal de forma sistemática. Este profissional demonstra que é muito importante orientar a mulher no pré-natal para que possa de forma positiva com menos riscos de complicações e mais sucesso no processo de amamentação. Assume postura de educador, compartilhando saberes e favorecendo o empoderamento e a autoconfiança da mulher durante todo o ciclo. O profissional dos cuidados de saúde primários é considerado um agente facilitador de práticas de saúde na vida das gestantes e puérperas e suas orientações envolvem o planeamento de ações que podem influenciar nas percepções, crenças e cultura da população assistida. Particularmente, no que se refere ao aleitamento materno, em que diversos conhecimentos adquiridos do senso comum podem influenciar de forma negativa na vida da criança. O fortalecimento da assistência prestada pelos profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, profissional geralmente mais próximo da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, baseia-se no desenvolvimento de práticas de educação permanente. Estas práticas preparam a grávida para o aleitamento, de forma que no pós-parto o processo de adaptação seja facilitado e tranquilo, evitando maiores dúvidas, dificuldades e possíveis complicações.

Vale ressaltar ainda, que as informações e orientações, seja no pré-natal ou no puerpério, sobre AME até aos seis meses de vida dos seus filhos às grávidas são vitais para a gestação e manutenção do aleitamento materno, principalmente nos primeiros dias de vida da criança, momentos estes, que possuem fatores associados á falta de incentivo na prática da amamentação, ocasionando o desmame precoce e consequente o prejuízo ao crescimento e desenvolvimento da criança. Quando as mães têm suporte de profissionais comprometidos com o AME após a alta, algumas vezes é possível reverter a situação de aleitamento não exclusivo para o exclusivo. (Rocci et al,2014)

Deve-se considerar sempre os momentos de orientação e estimulação do AM, os benefícios para o binómio mãe-bebé e para a família, oportunizando e promovendo o empoderamento e a decisão sobre a prática do AME.

A promoção do aleitamento materno pelos profissionais de saúde não é uma tarefa fácil, natural ou intuitiva (Rotenberg, 2004) Trata-se de uma experiência complexa que envolve uma rede de fatores biológicos, psicológicos e sociais e, também, é mediada pela própria experiência da mulher (Rezende, 2002).

Por fim pode-se dizer que além da vontade materna e da habilidade dos profissionais de saúde em promover o aleitamento materno, é preciso considerar que o sucesso da prática de amamentação depende também de políticas governamentais adequadas e do apoio e participação de toda sociedade. (Fialho, 2014)

As ações de promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno quando realizadas no pré-natal e conduzidas por profissionais capacitadas favorece um ambiente ideal para esclarecimento de dúvidas e diminuição da ansiedade.

É por meio da atuação do(a) enfermeiro(a) na promoção e incentivo ao aleitamento materno que as mães são instruídas a cuidar e entender o filho, tornando-se essas em agentes multiplicadoras de saúde em âmbito individual, familiar, social e ecológico. (Fonseca, 2002)

De acordo com a leitura, essas funções são atribuídas aos(as) enfermeiros(as) por eles(as) desempenharem suas ações de forma mais próxima à população feminina, sendo incumbido ao(a) enfermeiro(a) a responsabilidade de repassar para as mães a importância do aleitamento materno exclusivo, processo esse que deve acontecer desde as consultas de pré-natal. Dentre as atribuições do(a) enfermeiro(a) no processo de promoção, incentivo e apoio ao aleitamento, destaca-se o acolhimento, a comunicação e o processo educativo em saúde, como ferramentas utilizadas na intenção de promover o estímulo e a adesão das mães à amamentação.

A falta de capacitação profissional na promoção ao aleitamento materno pode ser uma das causas do desmame precoce, pois se o profissional não compreende as práticas, ele não consegue transmitir as orientações e atribuições para as grávidas, pois faz-se necessário que o (a) enfermeiro(a) esteja capacitado para conseguir promover a segurança e qualidade da amamentação. (Athanázio et al, 2013)

Sendo assim, o(a) enfermeiro(a) tem um papel relevante dentro do programa de saúde da família. O conhecimento é importante na atuação dos(as) enfermeiros(as) na promoção,

incentivo e apoio ao aleitamento materno, pois a falta de conhecimento torna-se um empecilho no incentivo à amamentação, decorrentes da transmissão incorreta de informações. Desse modo, vários estudos comprovam os resultados deste estudo, mostrando que os profissionais de saúde carecem de capacitação técnica de modo permanente, pois a maioria após algum tempo de formados ficam desatualizados. Portanto, os (as) enfermeiros (as) que estiverem preparados, atualizados e bem informados terão melhores condições de exercer o seu papel de multiplicador da prática da amamentação a fim de promover o seu sucesso. (Bonilha, 2010)

A presente revisão bibliográfica permitiu conhecer que os autores pesquisados parecem concordar sobre a importância do profissional enfermeiro(a) dentro das unidades dos programas de saúde da família, atuando e orientando as grávidas quanto à prática do aleitamento materno, o que é de total relevância para as mães e para os lactentes. A partir da consulta da literatura, pode-se dizer que falar sobre amamentação requer tempo e espaço, um encontro ou somente uma consulta não é o suficiente, pois o(a) enfermeiro(a) precisa criar possibilidades para as mulheres relatarem suas experiências, os mitos e tabus que ainda insistem em perdurar, principalmente nas populações mais carentes. Portanto é necessária a implantação de uma educação continuada e permanente como elemento-chave na capacitação em amamentação, possibilitando maiores oportunidades de divulgar e promover o aleitamento materno, incentivando as mães a amamentarem seus filhos. (Batista, 2013)

CONCLUSÃO

Percebeu-se nesse estudo que as mulheres têm o conhecimento da importância do aleitamento materno e dos benefícios que proporciona à criança. Porém, a maioria aponta como causas para ter desmamado precocemente a volta ao trabalho e aos estudos; dificuldade de pega do recém-nascido na mama e perda de peso do filho; ou feito introdução de outros alimentos antes de completar os seis meses de vida da criança por acreditar que o leite materno é fraco e por visualizar alterações estéticas nas mamas. Foram relatadas práticas e crenças populares que favoreceram diretamente o desmame precoce, influenciadas por figuras do convívio social e familiar, como mães, avós e vizinhos, que repassaram ensinamentos intergeracionais. (Oliveira, 2017)

O estabelecimento do aleitamento materno associa-se às experiências vivenciadas pelas mulheres, suas percepções acerca do leite materno e sobre si próprias enquanto puérperas, além das inseguranças e dificuldades enfrentadas. As pessoas mais experientes, em especial familiares, exercem influência importante nas condutas relacionadas à amamentação. Não basta a mulher querer amamentar, conhecer suas vantagens e duração recomendada, pois, para que essa prática seja efectivamente estabelecida e mantida, ela precisa de apoio e de ser compreendida na particularidade de sua realidade socio-cultural.(Fialho et al, 2014)

Apesar da importância da orientação profissional durante o pré-natal, evidenciou-se que a maioria das gestantes não recebeu nenhum tipo de orientação no pré-natal, e as que receberam reportaram a figura do enfermeiro como o único profissional que trouxe esclarecimentos e orientações dentro desse contexto da amamentação. Sabe-se que, dentre as funções dos profissionais de saúde, está o compromisso de prestar uma assistência integral e humanizada às mães, disposto a enfrentar e desmistificar os fatores determinantes do desmame, a fim de tornar a prática do aleitamento materno exclusivo um ato prazeroso e efetivo. (Oliveira, 2017)

Os resultados mostraram que, na maioria das vezes, os enfermeiros utilizaram estratégias apropriadas para a resolução dos problemas mais comuns na amamentação, apesar de algumas condutas não terem ainda evidência científica comprovada quanto aos benefícios ou prejuízos à sua prática. Por outro lado, os enfermeiros abordaram aspetos importantes do AM durante as consultas e atuaram em prol da promoção e estímulo do AME. Verificou-se também o comprometimento e a responsabilidade deste profissional com as recomendações e indicações sobre o AM e a preocupação em repassar essas informações às mães durante as consultas. Apesar das evidências científicas bem estabelecidas quanto aos benefícios da amamentação, muitos são os fatores envolvidos no sucesso dessa prática. Portanto, as ações para a implementação efetiva do AM não depende apenas dos profissionais de saúde ou dos enfermeiros, mas deve envolver vários intervenientes, como já foi referido.

Construir o conhecimento junto das mães que procuram o serviço de saúde é considerar que somos seres complexos, racionais e em um processo de interação ininterrupto, permitindo nos agir, intervir e propiciar mudanças comportamentais de forma conjunta, empoderando-as e transformando-as em sujeitos da acção da amamentação. (Zilio et al, 2015)

O objetivo maior da IHAC é a melhoria dos índices de AM, principalmente o exclusivo. Os resultados da IHAC no hospital não estão perfeitos, mas evidenciam o esforço

que o corpo de profissionais da instituição tem empreendido para apoiar o AM e a resposta positiva das mães. Há que ressaltar que estas iniciativas não podem ser isoladas e a comunidade como um todo deve ser envolvida, em especial os profissionais que darão continuidade à assistência a estas mulheres na rede básica. Portanto, a implantação de modelos que possam promover e apoiar o AM na atenção primária, como a Iniciativa Unidade de Saúde Amiga dos Bebés, devem ser estimulados para que ocorra o continuum da assistência e se obtenham melhores resultados, assim como a diminuição das taxas de morbidade e mortalidade infantil (Rocci et al, 2014)

Neste contexto, é de fundamental importância que a mulher se sinta adequadamente assistida nas suas dúvidas e dificuldades, para que as mesmas possam assumir com mais segurança o papel de mãe e provedora do aleitamento de seu filho. Para tanto cabe aos profissionais de saúde a responsabilidade para sensibilizar as grávidas das vantagens dessa prática, visto que é oportunizando um maior contacto com as mulheres no período do pré-natal. Portanto, a preparação no ciclo gravídico-puerperal é realizada a fim de que ocorra uma amamentação livre de queixas e desenvolva a tomada de consciência dos benefícios trazidos pelo ato de amamentar. (Fialho et al, 2014)

Superar os obstáculos para o aleitamento materno depende da capacidade dos profissionais / serviços de saúde adequar suas práticas ao contexto sócio-demográfico e epidemiológico atual, otimizando as possibilidades que o modelo assistencial vigente oferece de apoiar efetivamente as mulheres em sua decisão de amamentar seus filhos. É necessário repensar a promoção do aleitamento materno quanto à abordagem das grávidas despertando nelas o desejo de amamentar por pelo menos dois anos. As intervenções devem ainda propiciar às mães oportunidades de adquirir habilidades práticas para o aleitamento, minimizando as dificuldades iniciais. (Fialho et al, 2014)

Os trabalhos analisados apontaram que o(a) enfermeiro(a) é o profissional mais próximo das grávidas, detentor de conhecimentos técnicos e científicos que deve utilizar meios facilitadores de educação em saúde na assistência direta a essas mulheres e sua família, assim como na comunidade. Dessa forma, o(a) enfermeiro(a) torna-se uma peça fundamental no processo de promoção, incentivo e apoio do aleitamento materno. Para tal, é necessário que o(a) enfermeiro(a) esteja devidamente capacitado para promover a captação e o acolhimento precoce da grávida no período pré-natal, oferecendo-lhes orientações e esclarecimentos necessários sobre os benefícios da amamentação para a qualidade de vida da mãe e do filho.

Essas orientações podem ocorrer por meio de atividades educativas, palestras e criação de grupos de apoio como grupos de cursos de preparação para o parto e parentalidade para promoção do aleitamento materno.

2. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio decorreu no Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz que é composto por três unidades funcionais: a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) ALMOREG, a Unidade de Saúde Familiar (USF) REMO, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Mourão.

Estas unidades funcionais têm no total 12880 utentes inscritos, o que ultrapassa o número total de habitantes dos concelhos, sendo os seus serviços procurados também pela população residente em localidades dos municípios limítrofes, devido à proximidade geográfica.

O Concelho de Reguengos de Monsaraz pertence ao distrito de Évora e localiza-se na Região Alentejo, no Sul de Portugal. É confinado a Norte pelos Concelhos de Redondo e Alandroal, a Este pelo concelho de Mourão, a Sul pelos concelhos de Moura e Portel e a Oeste pelos concelhos de Évora e parte do concelho de Portel. O seu limite a Sudeste é banhado pela albufeira de Alqueva, numa extensão de 200 km².

O Concelho abrange uma área de cerca de 462,22 Km² e é composto por 5 freguesias. A freguesia mais urbana é a de Reguengos de Monsaraz abrangendo uma área de 99 km² com 7261 habitantes, sendo que a freguesia rural que ocupa maior território é a freguesia de Campo com uma área de 129,41 km² com 688 habitantes. A freguesia de Corval tem 1389 habitantes, a freguesia de Monsaraz tem 782 habitantes e freguesia do Campinho tem 708 habitantes (INE, 2011).



Fig. 1 - Concelho de Reguengos de Monsaraz

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011) o concelho de Reguengos de Monsaraz tem uma população total de 10784 pessoas. Destas, 2068 têm idades entre os 0 e os 19 anos, 6121 têm idades compreendidas entre 20 e 64 anos e 2595 pessoas têm mais de 65 anos de idade.

Mourão é uma vila, no distrito de Évora com 2402 habitantes. O município é limitado a norte pelo município do Alandroal, a leste pela Espanha, a sueste por Barrancos, a sul por Moura e a oeste por Reguengos de Monsaraz. É sede de um município com 278,5 km² de área, 12 hab/ km², subdividido em 3 freguesias: a Mourão (sede de concelho) com 1768 habitantes, Granja com 605 habitantes e Luz com 290 habitantes (Câmara Municipal de Mourão, 2011) (INE, 2011) (Fig.2).



Fig. 2 - Concelho de Mourão

Após o último trimestre de 2015, a UCC Almoreg englobou a Vendinha na sua área assistencial. Vendinha pertence à freguesia de S. Vicente do Pigeiro que, por sua vez, pertence ao concelho e ao distrito de Évora. (Fig. 3)

Esta freguesia (S. Vicente do Pigeiro, agora com associação com S. Manços) caracteriza-se por índices de envelhecimento acentuado e grande distância física da sede de concelho, dotada de uma rede débil de transportes públicos. Foram contabilizados 355 residentes. Densidade: 4,3 hab/km². Foi sede de uma freguesia extinta em 2013, no âmbito de uma reforma administrativa nacional, para, em conjunto com São Manços, formar uma nova freguesia denominada União das Freguesias de São Manços e São Vicente do Pigeiro.



Fig. 3 – Vendinha - S. Vicente do Pigeiro

A UCC ALMOREG, tem uma área de abrangência que corresponde a todo o concelho de Reguengos de Monsaraz, todo o concelho de Mourão e Vendinha que pertencendo a outro conselho pertence à UCC em cuidados de saúde.

A UCC é uma unidade funcional que integra o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) que tem como objetivo a intervenção comunitária, a consultoria e o apoio às outras unidades, assente numa lógica de prestação de cuidados integrada e de proximidade.

A Unidade de Cuidados na Comunidade, é definida pelo Dec-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, artº 11º como uma unidade que presta cuidados de saúde, de apoio psicológico e social de carácter domiciliário e comunitário, fundamentalmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeiram acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais consoante as necessidades e disponibilidades de recursos.

As UCC's são uma grande oportunidade para responder de forma efetiva às necessidades reais em cuidados de saúde dos nossos cidadãos, tendo para isso, que ter a capacidade de inovar e antecipar as suas respostas face aos novos desafios e solicitações que vão emergindo.

A UCC tem como missão prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, em particular às pessoas, famílias e grupos mais

vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que necessite acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo sempre a sua continuidade e qualidade dos cuidados (Ministério da Saúde, 2009).

A UCC ALMOREG, inaugurada a 08 de julho de 2011, situa-se na ala esquerda do Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz.

A equipa que constitui esta unidade é composta por 6 enfermeiras e 1 assistente técnica administrativa. Conta ainda com a colaboração dos médicos da USF REMO, assistente social, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista e assistente operacional.

É composta por três salas, o gabinete da enfermeira coordenadora, um open space onde existem 5 áreas de trabalho para as enfermeiras e uma para a assistente técnica administrativa e o espaço do “Cantinho da Amamentação”. É um espaço agradável, amplo com boa iluminação exterior e reúne as condições necessárias para a prestação de cuidados aos utentes na comunidade de modo a atingir os objetivos a que nos propomos. Em termos de recursos partilhados, temos ainda ao dispor em conjunto com a Unidade de Saúde Familiar Remo, sala de esterilização, armazém, wc, zona suja, arquivo, sala de reuniões, biblioteca e copa.

A UCC ALMOREG dispõe ainda de mesas, cadeiras, armários para armazenamento do material, impressora multifunções, sete computadores fixos e um portátil, papel para impressão, placard de cortiça, estadiómetro portátil, balança portátil, projetor, telefone, material de escritório, bombas de leite e uma carrinha.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

3.1 - O PLANEAMENTO EM SAÚDE

Podemos definir o planeamento *da saúde como* a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas da saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.” (Imperatori & Giraldes, 1982)

E porquê planear? Essencialmente, por seis tipos de razões:

- Porque os recursos são cada vez mais escassos e é necessário utilizá-los da maneira mais eficaz e mais eficiente;
- Porque é necessário intervir nas causas dos problemas;
- Porque é necessário basear cada vez mais as decisões de intervenção e as diversas intervenções projetadas, na evidência que, a cada momento, for possível recolher;
- Porque é necessário ter instrumentos que permitam definir, de um modo dinâmico, quais as principais prioridades de intervenção;
- Porque é necessário evitar intervenções isoladas e implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes;
- Porque é necessário utilizar e adequar os Serviços e os seus recursos de modo a poderem responder, atempada e adequadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde que forem identificados.

Fonte:

<http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeament%20em%20Sa%C3%BAde-acedido> em 26 de fevereiro de 2017

Consideramos o planeamento em saúde, como um recurso que assiste na tomada de decisão, o que na área da saúde comunitária, se reflete e influencia a saúde da população concelhia, consentindo uma maximização dos recursos reais, devido à rede de parcerias, constituídas e instaladas.

“Subjacentes ao Planeamento da Saúde encontram-se dois princípios básicos de qualquer distribuição de recursos: um princípio de equidade e um princípio de eficiência.” (Tavares, 1990:14).

Tavares (1990) identifica um planeamento em saúde bem concebido e eficiente que se poderá obter uma boa eficiência, pois existirá uma melhor redistribuição dos recursos, existentes e conseguindo, elaborar estratégias de intervenção que permitam auxiliar todo o tipo de população. Convergem Imperatori & Giraldes (1982:7) “*O planeamento da saúde*

procura mudanças no comportamento das populações, a nível, por exemplo, dos hábitos da saúde, ou na utilização dos serviços (...)”.

Assim, podemos afirmar que nos encontramos na linha orientadora de que, quando se aborda planeamento em saúde, fala-se em planear, como:

“um processo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) óptima (s) entre várias alternativas, essas escolhas tornam em consideração os constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro.” (Tavares, 1990:29).

O autor expõe a existência de particularidades que se podem encontrar no planeamento:

- “1 – É sempre voltado para o futuro;
- 2 – É um processo permanente, contínuo e dinâmico;
- 3 – Pretende a racionalidade da tomada de decisões;
- 4 – Visa seleccionar, entre várias alternativas, um percurso de Acção;
- 5 – Implica uma Acção;
- 6 – Implica uma relação de causalidade entre a Acção tomada e os resultados determinados;
- 7 – É sistémico e de natureza multidisciplinar;
- 8 – É iterativo;
- 9 – É uma técnica de alocação de recursos;
- 10 – É um processo cíclico, em espiral;
- 11 – É uma técnica de mudança e inovação;
- 12 – É uma técnica para absorver a incerteza do futuro.” (Tavares, 1990:29).

Assim, consideramos e anunciamos que o planeamento em saúde solicita uma identificação de problemas das comunidades, o mais fidedigna possível da realidade; uma definição dos objetivos e das prioridades; uma boa racionalização de recursos económicos, humanos e materiais, por forma a permitir ganhos em saúde.

Abordar a questão de obter ganhos em saúde é falar em promoção da saúde. Esta visa a capacitação e o empoderamento das pessoas e/ou comunidades a adotarem estilos de vida saudáveis, pois convém não esquecer que cada vez mais que os ganhos em saúde são fundamentais para o bem-estar das populações, e assim garantir a sustentabilidade do SNS (Serviço Nacional de Saúde).

Na conjuntura, promoção da saúde, os enfermeiros que realizam intervenções de, na e para a comunidade, devem ter competências e conhecimentos científicos, que lhes permitam, desenvolver comportamentos, alinhados com os objetivos das organizações, e identifiquem, e, demonstrem capacidades inovadoras e resilientes na, satisfação das necessidades das pessoas,

e comunidades aos quais se encontram adstritos, tendo sempre presente o “Planeamento em Saúde”.

O enfermeiro, que presta cuidados numa comunidade, utiliza o planeamento, como um instrumentos de preferência na promoção de estilos de vida saudáveis, uma vez que facilita, a identificação de focos, intervenções, determinar a satisfação de necessidades, priorizar, e gerir as intervenções, de acordo com os recursos existentes (materiais e humanos), e por último, avaliar a sua intervenção comunitária.

Para Imperatori & Giraldes (1982:9) “as principais fases do seu processo (...): diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (...).”.

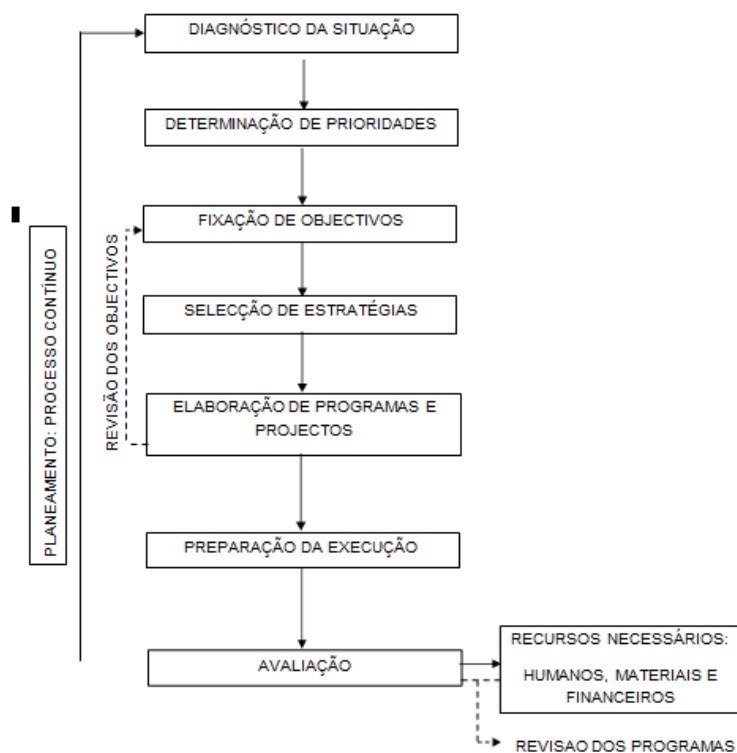


Fig. 4 - Etapas do Planeamento em Saúde

Fonte: Fonte: Imperatori & Giraldes (1982). Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais, p.10

Os autores de referência, Imperatori & Giraldes (1982) como Tavares (1990) referem que o diagnóstico da situação deve ser suficientemente alargado, aprofundado, mas

igualmente sucinto, claro e rápido, por forma a corresponder às necessidades identificadas. Para tal, necessita de uma boa análise na sua preparação (colheita de dados, recursos, tempo,...) a fim de ser pertinente. Narra Tavares (1990) que quando se fala em diagnóstico da situação, há que considerar dois conceitos importantes: problema e necessidade. Assim, como problema de saúde considera-se “um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade”, por sua vez, necessidade “exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir” (Tavares, 1990:51). As necessidades podem ser reais ou sentidas e estas últimas podem ser expressas ou não expressas. Neste sentido, quando se faz o diagnóstico da situação identificam-se problemas e determinam-se necessidades.

Na etapa seguinte do planeamento, a definição das prioridades, adequa à seleção dos critérios de decisão, onde se apreciam e equipararam problemas. Para determinar as prioridades pode-se recorrer a várias técnicas, entre as quais se destaca grelhas de análise, métodos e escalas.

Ininterruptamente serão definidos os objetivos no contexto que se pretende realizar. Como refere Tavares (1990) “os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (...), pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto formam os planos.”

O autor menciona ainda que os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, a fim de serem bem estabelecidos no planeamento. Para tal, refere que existem cinco elementos que se devem considerar na sua formulação: natureza do que se pretende investigar, critérios de sucesso ou insucesso, população-alvo, local de aplicação e a definição do tempo para se atingir.

Nesta fase da etapa exige uma imensa criatividade por parte dos responsáveis pelo planeamento, porque quanto maior for o seu conhecimento sobre o problema em estudo maior será a possibilidade de surgirem novas abordagens aos problemas, sendo para tal necessário investigar sobre situações semelhantes já elaboradas. Revisão e pesquisa sistemática da literatura, nacional e internacional.

Todavia, narram Imperatori & Giraldes (1982) e Tavares (1990) que poderão surgir obstáculos, quer a nível organizacional, legal ou financeiro, às estratégias definidas, como formas de resistência à mudança.

As duas etapas seguintes são a produção de programas e projetos e a organização para a execução, ou seja, é a parte operacional do planeamento em saúde.

Nesta fase de abordagem, devem ser ponderados os seus principais componentes: identificação do programa, definição dos objetivos operacionais ou metas a atingir, as tecnologias os recursos, os custos e o financiamento.

Neste contexto, definem-se as atividades específicas do planeamento em função dos objetivos operacionais que devem adequar aos seguintes parâmetros por forma a clarificar o mais possível as atividades,

- “1 – O que deve ser feito;
- 2 – Quem deve fazer;
- 3 – Quando deve fazer;
- 4 – Onde deve ser feito;
- 5 – Como deve ser feito;
- 6 – Avaliação da atividade;
- 7 – Se possível: o objetivo que deve atingir;
- 8 – Eventualmente: o custo da atividade.” (Tavares, 1990:169).

A organização da execução é a fase que apresenta maior número de semelhanças com as etapas anterior e posterior, pois alguns das configurações tratados na fase anterior, assim como os cronogramas elaborados servirão para a avaliação do projeto, a última etapa do planeamento em saúde.

Ainda Tavares (1990) menciona que na organização da execução, há quatro tipos de planos operacionais que podem estar relacionados com os meios financeiros (determinação de custos), comportamentos (determinar o comportamento dos indivíduos intervenientes no processo), métodos (determinar como devem ser processados os acontecimentos e as atividades) e com o tempo (relação entre o tempo e as atividades).

Na última etapa é a da avaliação. Para Imperatori (1982:127) “Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. Este conceito transporta para a necessidade de precisar simultaneamente o objeto e o objetivo da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão.”

Poderemos enunciar e concluir, que, na avaliação, é permitido fazer um paralelismo entre os objetivos e as estratégias definidas no planeamento. O mesmo autor refere que poderão ser estruturados alguns tipos prováveis de classificação de avaliação do planeamento, nomeadamente a disponibilidade dos dados, o tipo de dados disponíveis, a implementação das atividades, as componentes dos serviços prestados e a sua validade.

3.2. - A PERTINÊNCIA DO PROJETO

A pertinência deste projeto justifica-se, como já referi, pelas recomendações da OMS acerca do aleitamento materno uma vez que se aconselha a sua exclusividade até ao sexto mês de vida e ser complementado até aos dois anos de idade e tem como objetivo proporcionar às mães/famílias condições que permitam promover comportamentos de adesão à amamentação e apoiar as mães/ famílias nas dificuldades surgidas durante o aleitamento materno.

Verifica-se, a partir de Inquéritos Nacionais de Saúde, que o Aleitamento Materno tem aumentado, no geral, em todas as regiões do país, com excepção do Alentejo. (Gráfico I)

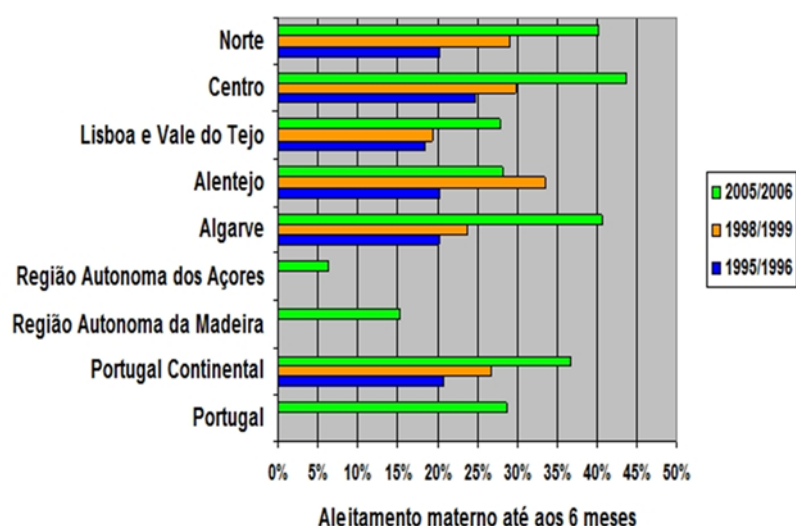


Gráfico 1 - Evolução da Duração do Aleitamento em Portugal

Fontes:

Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996. Lisboa, DEPS, 1997. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa, ONSA, 2001. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge. Observatório Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa, ONSA, 2007.

Na década de 90, um estudo efetuado pela Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários em seis distritos do Continente, revelou que a prevalência da amamentação exclusiva durante o internamento era em média de 79,5%. Estas taxas sofrem uma queda acentuada após a alta hospitalar e vão diminuindo ao longo dos seis meses do período de amamentação considerado ideal, sendo semelhantes às encontradas em países em

desenvolvimento. Segundo dados do Departamento de Estudos e planeamento da Saúde em 1995/96, a prevalência da amamentação era de 81,4% à nascença, de 57% ao mês de vida, de 36% ao 3o mês de idade e de 20% aos seis meses de vida. Este abandono precoce tanto pode advir do fato do nascimento de uma criança determinar alterações permanentes na vida da mãe, como da adaptação desta ao seu novo papel ser grandemente afetada pela sua relação com o companheiro, com a sua mãe, com a família e com o meio sociocultural e económico em que está inserida.

O aleitamento materno constitui uma base importante para o primeiro relacionamento humano e tem persistido através dos tempos, apesar de fortemente influenciado, quer por valores morais e sociais, quer por conceitos mais ou menos científicos, ou por modismos.

Amamentação é mais do que fornecer alimento, implica uma interacção entre duas pessoas, a mãe com a sua personalidade, cultura, costumes, valores e mitos, e o filho totalmente dependente dela, em permanente tentativa de adaptação pois as influências ambientais não cessam.

No entanto, muitas vezes isto não se observa porque os costumes e as modas alteram as leis da Natureza. Já Aulus Gellius, filósofo romano do séc. II D.C., afirmava que "somente a mulher secou as fontes sagradas em que o género humano deve beber a subsistência, como se ela só tivesse recebido esses dois globos de alabastro de que é tão orgulhosa, para lhe servir de frívolo ornato e não para aceder ao mais grato dos deveres".

Considerar a amamentação apenas como um ato instintivo da espécie humana parece-me redutor, porque o seu sucesso implica a transmissão de uma experiência acumulada, o saber tradicional e um processo educativo/informativo veiculado por fontes diversas e dirigido a grupos específicos e à sociedade em geral.

Como já foi referido anteriormente os principais fatores de desmame precoce podem ser classificados em dificuldades circunstanciais e em dificuldades culturais. Entre estas últimas, podem contar-se as transformações ocorridas na estrutura familiar, sobretudo nas sociedades urbanas, os diversos papéis desempenhados pela mulher na sociedade moderna, a apresentação das mamas como símbolo sexual, contribuindo, em conjunto com outros hábitos sociais, para que as mulheres não gostem de amamentar em público. À propaganda de produtos lácteos para alimentação de bebés e à perda da tradicional transmissão de mãe para filha da experiência em amamentação pode ser acrescentada a prática dos serviços de maternidade, como a demora em levar o bebé á mama após o nascimento.

Todos os profissionais de saúde da área materno-infantil devem, nos centros de saúde, nas maternidade e nas escolas, motivar e sensibilizar para a promoção do aleitamento materno. O abandono precoce da amamentação deve sensibilizar os educadores para efetuarem uma recolha dos condicionantes que se terão de enfrentar na hora de realizar actividades educativas motivadoras. Ignorar as circunstâncias culturais, sociais, familiares, laborais e pessoais da mulher que amamenta, pode ocasionar falhas estratégicas no planeamento de acções de educação para a saúde que consigam a promoção e a prática mais frequente da amamentação.

Os profissionais de saúde poderão ainda dar o seu contributo para alertar e divulgar nas escolas para os benefícios de nos temas de saúde leccionados fosse dado o relevo adequado às medidas que visam aumentar a adesão e a duração da amamentação. Cientes destes constrangimentos socioculturais que obstam ao aleitamento materno ou que encurtam a sua duração, na maioria das vezes fruto de ignorância das mães das suas vantagens, a que frequentemente se alia um menor empenhamento dos profissionais de saúde ou uma desvalorização desta prática decidi realizar este projeto. Nesta decisão também foi contemplada a necessidade sentida por muitas grávidas e puérperas que solicitaram a minha intervenção no domicílio ou na UCC e que nos consciencializaram da importância deste projeto como contributo fundamental ao sucesso da amamentação, promoção da saúde e na prevenção de situações que podem comprometer o desenvolvimento e o bem-estar do indivíduo, quer nas idades infantis, quer enquanto adulto.

3.3. – ATIVIDADES

Para planear qualquer projeto é necessário identificar os potenciais problemas considerando novas ideias e pensar através das contingências é necessário entender bem qual é a situação actual, pelo que considerei pertinente nesta fase efetuar uma análise SWOT antes de planear as atividades.

Em inglês, SWOT é a sigla para “strenghts, weakness, opportunities and threats”, o que seria em português “forças, fraquezas, oportunidades e ameaças”. Ela foi concebida nos anos 60, pelo pesquisador Albert Humphrey, da Universidade de Stanford, nos Estados Unidos, como uma ferramenta para ajudar os gerentes a conhecerem e administrarem melhor suas organizações. Mas as aplicações da matriz são inúmeras. Basicamente, ela pode ser

empregada em qualquer situação em que se deseje obter um panorama geral, interno e externo, e estudar possíveis influências que possam ajudar ou atrapalhar o desempenho de um projeto. Fazer uma matriz SWOT, portanto, nada mais é que identificar esses quatro itens, estudá-los bem e usá-los para administrar melhor, crescer e gerenciar possíveis crises e contratempos.

Realizei esta análise que considerei bem minuciosa e honesta de forma a observar aquilo que temos melhor, o que impede de crescer, reconhecendo as fraquezas sem deixar claro os pontos que se podem melhorar.

Análise SWOT

| Ambiente Interno | Ambiente Externo |
|--|---|
| Pontos Fortes: <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais qualificados e com formação especializada na área da saúde da mulher; • Profissionais em busca contínua da melhoria da qualidade dos cuidados, através de formação e com base na evidência científica; • Cantinho da Amamentação em franca expansão e divulgação • Curso de preparação para o parto e parentalidade “ABC da Grávida e do Bebê” formado por uma equipa multidisciplinar; • Intervenção centrada na utente e família | Oportunidades: <ul style="list-style-type: none"> • Localização – única UCC que abrange os concelhos de Reguengos de Monsaraz e Mourão; • Maior conhecimento da população e dos profissionais de saúde sobre a importância da amamentação |
| Pontos Fracos: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos humanos; • Poucos profissionais com formação em conselheira de amamentação; • Falta de recursos financeiros. | Ameaças: <ul style="list-style-type: none"> • Crise financeira que afeta o Sistema Nacional de Saúde, com diminuição dos recursos disponíveis; • A maternidade do hospital encontra-se com diminuição acentuada da sua atividade, possivelmente por diminuição da taxa da natalidade da região |

Quadro 3 - Análise SWOT

Para a implementação deste projeto considerei de extrema importância delinear corretamente as estratégias na implementação das seguintes atividades:

1 – Apresentação do projeto ao Conselho Diretivo do ACES Alentejo Central

Objectivo: Solicitar aprovação para a implementação e dinamização do mesmo.

Metodologia:

- Envio do Projeto por mail
- Contacto informal realizado telefonicamente com a enfermeira vogal do conselho clínico do ACES.

2 – Divulgação do projeto

Objectivo:

- Apresentação do projeto através da apresentação das vantagens da amamentação e das desvantagens de não amamentar;
- Divulgação do “Cantinho de Amamentação, horários e local de funcionamento.

Metodologia:

- Apresentação do projeto de forma a envolver a grávida/família e profissionais de saúde meios de comunicação habituais nomeadamente através de flyers, nas diversas atividades desenvolvidas pela UCC, rádio e jornais locais, facebook e através da parceria com a USF.

3 - Formação das Enfermeiras da UCC e USF

Objetivos:

- Motivar e sensibilizar para a importância da promoção e apoio à amamentação;
- Sistematizar princípios e estratégias de intervenção com vista a obter informação relevante para uma melhoria da qualidade na intervenção à criança/família amamentada

Metodologia:

- Formação externa por entidade credenciada;
- Apresentação do Manual de Boas Práticas e Manual de Articulação no que se relaciona com a intervenção à criança/família amamentada.

4 - Realização do Manual de Procedimentos do Cantinho

Objectivo:

- Constituir um guia orientador dos cuidados à criança/família amamentada de forma a uniformizar as intervenções de toda a equipa que presta apoio às mães garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

Metodologia:

- Criação do Manual de Procedimentos do Cantinho de Amamentação recorrendo a revisão bibliográfica com base na evidência científica.

5 - Promover e Integrar o grupo de trabalho constituído no âmbito do ACES para a candidatura a Centro de Saúde Amigo dos Bebés, mais propriamente no âmbito das 7 medidas da UNICEF criadas para as unidades de saúde.

Objetivo:

- Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização das unidades na implementação das sete medidas para ser considerada uma unidade de saúde amiga dos bebés.
- Consciencialização dos profissionais de saúde para o seu papel na promoção e apoio ao aleitamento materno
- Aumentar o número de unidades de saúde dentro do ACES que desenvolvem boas práticas e, consequentemente, o número de mães que amamentam por mais tempo.

Metodologia:

Este código de conduta surgiu na sequência da “Declaração Innocenti”, a 1 de Agosto de 1990, durante um encontro entre formuladores de políticas de saúde de governos, agências bilaterais e organismos internacionais.

A aplicação destas boas práticas recomendadas pela OMS e pela UNICEF é condição indispensável para que um hospital/maternidade possa vir a ser considerado Hospital Amigo dos Bebés, depois de avaliado por uma equipa externa nomeada pela UNICEF. A Certificação de HAB é conferida por um período de três anos. Findo este prazo, o hospital/maternidade fica sujeito a nova reavaliação. Esta candidatura surge recentemente através dos ACES e de algumas unidades consideradas capacitadas para a candidatura.

3.3– EXECUÇÃO

Esta etapa do planeamento do projeto é a aplicação do que se programou que apresento a seguir o cronograma das atividades.

| Atividades | Set. | Out. | Nov. | Dez. | Jan. | Fev. | Mar. | Abr. | Mai. | Jun. |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Apresentação do projeto ao Conselho Diretivo do ACES Alentejo | | | | | | | | | | |
| Divulgação do projeto | | | | | | | | | | |
| Formação das Enfermeiras da UCC e USF | | | | | | | | | | |
| Realização do Manual de Boas Práticas e Procedimentos do Cantinho | | | | | | | | | | |
| Promover e Integrar o grupo de trabalho constituído no âmbito do ACES Amigo dos Bebés | | | | | | | | | | |
| Elaboração do relatório final de estágio | | | | | | | | | | |

Quadro 4 - Cronograma de atividades

A evolução dos serviços de saúde e a importância crescente atribuída aos cuidados de saúde primários têm feito emergir a visão mais abrangente de “serviços de saúde amigos dos bebés”. A integração dos diferentes níveis de cuidados de saúde começa a pressionar um processo, até agora centralizado nos hospitais, que reconhece a importância do investimento nas unidades de cuidados de saúde primários a funcionarem em articulação com o hospital respetivo.

Em Portugal, por exemplo, criaram-se os “Cantinhos da Amamentação”, uma iniciativa coordenada pela Direção-Geral da Saúde, que se tem estendido a muitas unidades dos cuidados de saúde primários. Na UCC onde desenvolvo este estágio foi inaugurado o “Cantinho de Amamentação” em 20 de fevereiro de 2016”

Após um período de reflexão e um trabalho de adaptação dos critérios de certificação, a Comissão Iniciativa Amiga dos Bebés certificou, em 2016, o primeiro Agrupamento de Centros de Saúde (ACES Lisboa Ocidental e Oeiras) Amigo dos Bebés, com sete medidas para ser considerada Unidade De Saúde Amiga dos Bebés.

Com respeito à política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e reconhecendo a importância que os profissionais que trabalham nos cuidados de saúde primários, desempenham no pré e pós-natal, o Comité Português para a Unicef e a Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, no âmbito da Semana do Aleitamento Materno em 2011, definiram as “Sete medidas para ser considerada Comunidade Amiga dos Bebés” (Alto Comissariado Para a Saúde, 2011). Medidas estas, que utilizei como linha orientadora para organização e planeamento das atividades.

3.3.1– Ter uma política de aleitamento, escrita, afixada a ser transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde

Este passo requer que a unidade tenha uma política escrita de amamentação, que cubra os sete passos e que deve estar disponível a todo o pessoal que cuida das mães e dos recém-nascidos. Deve também estar exposta de forma visível em todas as zonas da unidade onde se atendam mães e filhos.

Para melhorar a eficácia de uma política de amamentação, devem incluir-se práticas adequadas, todos os profissionais de saúde devem cumpri-las e avaliar os resultados para melhorar essa política. Por outro lado os responsáveis pela gestão das instituições de saúde, tanto dentro como fora do hospital, devem comprometer-se com esta política e controlar a sua

aplicação mediante inspecção, supervisão e, se necessário, formação dos profissionais de saúde. O cumprimento deste passo exige que a política escrita sobre a amamentação especifique tanto a necessidade de aplicar práticas adequadas como de restringir as práticas inadequadas.

Foi criada a equipa que é composta por mim mais três enfermeiras, que exercem funções na UCC Almoreg, USF Remo e UCSP de Mourão e dois médicos da USF Remo, que realizaram o Curso de Aconselhamento em Amamentação no passado mês de abril e que nos encontramos a organizar e a definir a política de aleitamento materno comum às três unidades, como primeira medida à implementação das UAB.

3.3.2– Dar formação a toda a equipa para que se implemente essa política

Este passo tem como objetivo assegurar que todo o profissional de saúde, em contacto com as mulheres lactantes, tenha conhecimentos e habilidades necessárias para pôr em prática a política estabelecida. Não se pode esperar que os profissionais de saúde, que não receberam formação sobre amamentação possam oferecer às mães orientação eficaz e aconselhamento competente. Assim, todo o profissional de saúde que interaja com mulheres lactantes deve receber formação que permita aumentar os conhecimentos e habilidades, ou não será possível adequar a teoria à prática. É preciso mudar atitudes que, com frequência, constituem um obstáculo para a promoção e manutenção do aleitamento materno. Entre estas atitudes podemos referir por exemplo, a presunção de que os profissionais de saúde sabem tudo. No entanto estudos transversais, tanto em países industrializados como em desenvolvimento, demonstraram que os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde frequentemente não favorecem a amamentação e constituem um obstáculo para que as mães amamentem os seus filhos de forma satisfatória. Os critérios da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés recomendam os cursos de formação com o mínimo de dezoito horas, sendo desejáveis cursos mais longos, como o curso de quarenta e oito horas da OMS e da UNICEF. Para conseguir uma melhor eficácia é importante que os cursos tenham uma forte componente prática. Estudos realizados demonstram que os cursos são eficazes para aumentar os conhecimentos, mas são necessárias mais estratégias para aplicar o programa e modificar as práticas.

Formação Promotores do Aleitamento Materno de 48 horas a duas enfermeiras da UCC Almored, uma enfermeira e dois médicos da USF Remo e uma enfermeira da UCSP de Mourão, realizada nos dias 6,7,8,13,14,e 15 de abril e que contaram com o patrocínio do Município de Reguengos de Monsaraz e de Mourão para o pagamento do curso às enfermeiras.

A restante formação, de duração mais curta, composta de 24 horas para os profissionais de saúde e de 4 horas para assistentes técnicas e operacionais, pretendo que seja o mais breve possível e no âmbito do Comité para a implementação do ACES Amigo dos Bebés encontro-me a desenvolver todas as diligências possíveis para ser o mais rápido e contornando os maiores constrangimentos que são os económicos, solicitando apoio junto de parceiros, nomeadamente os Municípios.

3.3.3– Informar todas as grávidas e família sobre as vantagens e a prática do aleitamento

O período pré-natal deve converter-se numa autêntica preparação, não só do parto mas também da amamentação. Os profissionais de saúde que lidam com mulheres grávidas, serão responsáveis por ajudar as futuras mães a decidir a forma de alimentar os seus filhos. É importante explicar aos pais as vantagens nutricionais, imunológicas, psicológicas, económicas e ecológicas que a amamentação supõe, mas também é necessário informar as mães sobre a fisiologia da amamentação e sobre a técnica, já que a amamentação não é um instinto mas sim uma capacidade que se deve aprender. É importante incluir o pai nas consultas pré-natais e nos programas de amamentação, pois está demonstrado que os pais que participam na eleição do método de alimentação do seu filho podem ser promotores eficazes ou dissuasores da amamentação, dependendo qual é a sua atitude perante as dificuldades iniciais. Estudos demonstram que para a eficácia deste passo a educação pré-natal é útil, sobretudo nas mulheres primíparas e que a sua eficiência aumenta se se aborda a técnica da amamentação e se se reforça a confiança da mãe sobre a sua capacidade para amamentar.

O Curso de preparação para o parto e parentalidade “ABC da Grávida e do Bebê” onde são abordadas as temáticas sobre aleitamento materno constitui um momento importante para consciencialização de todas as grávidas e família para a amamentação e para os riscos de não amamentar.

3.3.4– Apoiar as mães a estabelecerem e manterem o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses

Os primeiros quinze dias de vida do bebé, até que a lactação esteja bem estabelecida, são especialmente importantes. Durante este período de tempo, a mãe deverá ser ajudada por alguém que a substitua das tarefas caseiras, a fim de poder dedicar-se plenamente ao seu bebé e ter o apoio de profissionais de saúde competentes e disponíveis no centro de saúde, através de contacto telefónico, visita domiciliária e/ou contacto direto no cantinho de amamentação. A evidência disponível sugere que esta intervenção tem muitos benefícios para a mãe e para o filho, não implica custo, necessita muito pouco treino extra e não requer maior tempo por parte dos profissionais de saúde.

Na UCC é realizado o apoio ao AM, através das diversas formas referidas. Aquando da alta hospitalar as mães contactam o número direto da UCC para agendar a Visita Domiciliária e/ou contacto de enfermagem no “Cantinho da Amamentação” para proporcionar todo o apoio necessário.

Um ambiente calmo e valoroso, uma alimentação simples e cuidada e algumas regras elementares sobre a prática do aleitamento materno serão uma ajuda preciosa para o seu sucesso.

3.3.5– Encorajar o aleitamento materno, após os 6 meses e até aos dois anos ou mais, conjuntamente com a introdução de alimentação complementar apropriada, adequada

A Sociedade Portuguesa de Pediatria refere ser desejável o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida, já que supre de modo adequado todas as necessidades nutricionais do lactente, para além de todas as vantagens não nutricionais amplamente conhecidas. Após os 6 meses, de modo a suprir as necessidades nutricionais dos bebés, estes devem receber alimentos complementares seguros e adequados do ponto de vista nutricional, continuando a amamentação até aos 2 anos de idade ou mais. A Direção-Geral da Saúde recomenda que todas as grávidas devem ser informadas sobre as vantagens e questões práticas do aleitamento materno, para uma tomada de decisão, nomeadamente: tempo de duração da

amamentação exclusiva e importância de manutenção do aleitamento materno, se possível, até aos dois anos de vida.

A Comissão Nacional Iniciativa Amiga dos Bebés da Unicef Portugal, nos documentos que produziu a propósito da certificação das Unidades de Saúde Amigas dos Bebés recomenda, encorajar o aleitamento materno, após os 6 meses e até aos dois anos ou mais, conjuntamente com a introdução de alimentação complementar apropriada, adequada e segura. A todas as mulheres deve ser oferecido apoio na manutenção do aleitamento materno por forma a aumentar a duração e a exclusividade do mesmo.

3.3.6– Providenciar ambiente acolhedor que favoreça a prática do aleitamento materno

O cumprimento deste passo exige que o centro de saúde se organize para que a mãe e filho possam permanecer juntos num local acolhedor que favoreça a amamentação. O cantinho de amamentação ajuda as mães a conhecer melhor os seus filhos e reconhecer o seu choro, o que lhes permite responder sempre ao sinal do bebé indicando que deseja ser alimentado, o que facilita a amamentação em regime livre.

Foi criado em fevereiro de 2017 um espaço denominado “Cantinho da Amamentação” que reúne as condições necessárias e que tem sido uma grande mais-valia para o acompanhamento e incentivo à amamentação.

O “Cantinho de amamentação” tem como objetivo geral:

- Combater o desmame precoce e contribuir para o crescimento saudável da criança.

Objetivos específicos:

- Esclarecer dúvidas relativas à amamentação;
- Evitar e/ou diminuir o risco de problemas associados à amamentação;
- Facilitar o atendimento à mãe que amamenta;
- Promover o desenvolvimento das competências maternas;
- Observar as mamadas e para aconselhar/corrigir a melhor forma de amamentar;
- Apoiar no regresso ao trabalho às mães que amamentam.

3.3.7– Promover a colaboração entre a equipa de saúde, grupos de apoio ao aleitamento materno e a comunidade local.

A colaboração de profissionais de diferentes áreas é de grande importância no cuidado das mães lactantes e dos seus filhos. Para conseguir a continuação da amamentação e diminuir a percentagem de abandonos precoces é imprescindível que os profissionais de saúde conheçam as situações que conduzem ao abandono precoce e, sobretudo, estejam motivados e sejam capazes de oferecer soluções práticas perante os problemas inerentes à amamentação. Muitas mães também beneficiam do apoio de outras mães que amamentam, e os profissionais de saúde devem orientar as mães para esses grupos de ajuda. Possivelmente, uma combinação do apoio de grupos de mães e uma atenção mais especializada dos serviços de saúde, quando for necessário, podem ser mais eficazes do que qualquer um deles separados. É importante que o apoio comece antes da alta na maternidade para permitir às mães estabelecer a amamentação e prevenir as dificuldades. Abordando o tema nas aulas do Projeto “ABC da Grávida e do Bebê” refletindo sobre as vantagens e as desvantagens do AM envolvendo toda a sua prática de forma a influenciar positivamente a amamentação e ainda estabelecendo uma estreita relação com a maternidade mais próxima quando possível, são atividades que pretendem contribuir para o sucesso da amamentação.. Provavelmente a combinação do apoio pré-natal, hospitalar e pós-natal atuam de forma cumulativa. Convém envolver a família imediata da mulher, especialmente o pai e as avós, assim como as amigas mais íntimas, pois podem ter uma importante influência na amamentação.

A OMS e a UNICEF recomendam a recolha periódica de informação epidemiológica sobre o AM que permita conhecer a prevalência do aleitamento assim como das diversas iniciativas de promoção e apoio. É fundamental o estabelecimento de sistemas de registo para conhecer a evolução do AM na sociedade. Conhecer a incidência, a duração e os condicionantes do AM permite avaliar o impacto dos esforços que se realizam para a sua promoção e apoio e dirigir as campanhas e os programas na direcção certa, não permitindo que um só esforço ou recurso seja mal gasto (Nakamura, et al. 2003; Taveras, et al. 2003).

Deverá existir uma estreita articulação em todas as unidades existentes nesta área de abrangência de forma a permitir um cuidado e eficiente acompanhamento da criança e família para o cumprimento das informações periódicas adequadas.

3.4– AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

A evolução dos serviços de saúde e a importância crescente atribuída aos cuidados de saúde primários têm feito emergir a visão mais abrangente de “serviços de saúde amigos dos bebés”. A integração dos diferentes níveis de cuidados de saúde começa a pressionar um processo, até agora centralizado nos hospitais, que reconhece a importância do investimento nas unidades de cuidados de saúde primários a funcionarem em articulação com o hospital respetivo.

Avaliar é sempre comparar alguma coisa com um padrão ou com um modelo previamente estabelecido, pretendendo-se com a avaliação corrigir ou melhorar. Como nos refere Imperatori (citado em Imperatori & Geraldles, 1993) “*Numa situação de planeamento os valores de referência poderão ser o diagnóstico da situação inicial e os objetivos ou metas fixadas*” (p. 173). Desta forma deve entender-se como finalidade da avaliação o melhorar e orientar para o futuro a partir das informações colhidas através da avaliação e não apenas o simples justificar das atividades já realizadas. Para se poder avaliar é necessário existir informação, sendo que a qualidade da informação determina a qualidade da avaliação, pois sem sistemas de informação, de registo fiáveis e credíveis, a avaliação é certamente enviesada e fica comprometida.

A avaliação deste projeto de intervenção em saúde comunitária será feita tendo por base os objetivos, os indicadores e as metas previamente estabelecidas, sabendo que relativamente aos indicadores de resultado a avaliação não pode ser imediata, pois este tipo de indicadores requiere algum tempo para se medir o impacto que o projeto teve. Monitorizações e avaliações parcelares vão sendo sistematicamente efetuadas, conforme os parâmetros que se vão desenvolvendo, para o mais precocemente podermos sinalizar desvios e proceder à correção. Estas monitorizações e avaliações envolverão naturalmente as puérperas e famílias através de entrevistas mais formais ou informais.

Proceder-se-á ainda à elaboração no Plano de Ação da UCC Almored para o próximo ano e onde conta dos indicadores estabelecidos e que apresento de seguida:

Percentagem de Puérperas que amamentam

$$\frac{\text{Número de Puérperas que amamentam}}{\text{Nº total de Puérperas}} \times 100$$

Percentagem de Puérperas que frequentam o Cantinho

$$\frac{\text{Número de Puérperas que frequentam o cantinho}}{\text{Nº total de Puérperas}} \times 100$$

Percentagem de Puérperas que amamentam até aos seis meses

$$\frac{\text{Número de Puérperas que amamentam até aos seis meses}}{\text{Nº Total de Puérperas}} \times 100$$

Percentagem de Puérperas que amamentam até aos três meses

$$\frac{\text{Número de Puérperas que amamentam até aos três meses}}{\text{Nº Total de Puérperas}} \times 100$$

As Avaliações de execução e de resultado serão efetuadas, de acordo com o sistema informático disponível (SClínico) mas será também efetuando o registo em folha própria de Excel criada para o efeito, perante a dificuldade e as limitações em colher dados estatísticos do sistema utilizado.

4 - PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretendo fazer uma análise do processo de aquisição e de desenvolvimento de competências e em que apresento as atividades para dar resposta às competências do enfermeiro gestor segundo a Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento nº76/2018, mas também um pequeno enquadramento do pensar a Enfermagem conhecendo também a sua história.

4.1- A ENFERMAGEM ONTEM E HOJE

Nem sempre a prática da enfermagem, tal como a pensamos nos dias que correm, foi como a que entendemos. Apesar de em Portugal existirem relatos da existência de enfermeiros, em 1120, que antecedem a formação do próprio país (1143), os cuidados de enfermagem, tal como no resto do mundo, eram prestados por grupos de pessoas indiferenciados e por membros de ordens religiosas, como monges e freiras. O primeiro manual de enfermagem português data de 1741, *Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*, e tem como autor Frei Diogo de Santiago, pertencente à Congregação de São João de Deus. Em 1860, é com Florence Nightingale, que a profissão começa a definir os padrões do cuidar das pessoas mais aproximados do que se chama a Enfermagem Moderna (OE, 2008), e começam as preocupações sobre a necessidade de um conhecimento próprio para a profissão, distinto do da medicina (Tannure & Gonçalves, 2008). Posteriormente a Nightingale, muitos outros discursos foram sendo criados no sentido de desenvolver um corpo substancial de conhecimentos de enfermagem, inicialmente com o objetivo de tornar a profissão reconhecida, posteriormente, prestar cuidados aos doentes de forma profissional (Tomey & Aligood, 2004).

O ensino de Enfermagem, em Portugal, oficializou-se nos últimos anos do século XIX, e a primeira escola de Enfermagem foi criada em 1881, por iniciativa do administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Costa Simões. Em 1886, Tomás de Carvalho, propõe ao Ministério dos Negócios do Reino, a criação de um curso de enfermeiros no Hospital Real de S. José, e em 27 de Janeiro de 1887, este tem início. Também no Porto, mas dez anos mais

tarde (1897), tendo como referência o Hospital de Santo António, abre uma instituição particular para a formação de enfermeiros (Soares, 1997).

Em 1930 surge outro marco importante na profissão de Enfermagem através do movimento sindical com o Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Sul, seguindo-se o Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Norte (OE, 2008). A partir de 1940, o Estado intervém diretamente no ensino de enfermagem, com o intuito de uniformizar todos os cursos que até então se foram formando (Soares, 1997). Uma das medidas foi feita através do Decreto-Lei n.º 31:913 de 12 de Março de 1942, que estabelece que a profissão de Enfermagem só podia ser exercida por mulheres solteiras, ou viúvas sem filhos. Também foi proibido o exercício público da profissão a quem não possuísse um diploma. Na década de 1950 o Curso Geral de Enfermagem passa a ter a duração de três anos e as escolas passam a ser dotadas de autonomia técnica e administrativa. A década de 1960 foi marcada pelo fim da proibição do casamento das enfermeiras, e a aprovação do Decreto n.º 46/448 de 20 de Julho de 1965 leva a uma nova reestruturação do ensino. Passados dois anos, há uma estruturação da carreira de enfermagem, em três áreas: Enfermagem Hospitalar, de Saúde Pública e de Ensino, sendo que as remunerações e a carga horária semanal diferem nas respetivas carreiras (Decreto-lei 48:166, de 27 de Dezembro de 1967).

Em 1988, através do Decreto-lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro, o Ensino de Enfermagem é integrado no Sistema Educativo Nacional, e assiste-se a uma transformação do curso em bacharelato. A aprovação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros em 1996 (Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro) e a criação da Ordem dos Enfermeiros em 1998 (Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril) ajudaram a que a formação pré-graduada em Enfermagem acabasse por ser certificada pelo Curso de Licenciatura em Enfermagem, com “um acréscimo significativo de competências ao nível da gestão de serviços de saúde, formação e investigação em Enfermagem” (OE, 2008).

A área da saúde tem sofrido, nos últimos tempos, inúmeras modificações. É espetável que se tente adaptar às crescentes exigências de uma economia de mercado, onde a intervenção do Estado parece querer ser cada vez mais reduzida, proliferando a necessidade de um controlo de custos a todos os níveis. O setor público, nomeadamente o SNS, não é exceção, sendo, por isso, fulcral que os dirigentes se adaptem às novas contingências. Para fazer face a essas exigências será preponderante que se invista nas pessoas, que se mude o sistema de valores, e que se repensem os modelos de liderança predominantes nas

organizações públicas (Carapeto e Fonseca, 2006). Os enfermeiros com funções de gestão, como profissionais afetos por estas conjunturas deverão preparar-se para enfrentar as constantes mutações tecnológicas, organizacionais e humanas (Ruthes e Cunha, 2009), desenvolvendo as competências necessárias para melhor desempenharem a sua função.

O estudo das competências aplicadas à disciplina de enfermagem não é um assunto novo. De acordo com uma publicação do ICN (2003), a definição de um quadro de competências em enfermagem, possibilita uma demonstração clara dos papéis e responsabilidades destes profissionais, quer individual, quer coletivamente. Sutto, Knoell, Zucker, Finstuen, & Mangelsdorff (2008) defendem que a identificação de competências é útil em vários domínios como sendo a auto-avaliação dos profissionais, a promoção do seu desenvolvimento profissional e a identificação das necessidades de formação contínua. Também ajuda a fornecer meios para dar resposta às exigências próprias da função, bem como a definir critérios de performance para a carreira.

São inúmeros os trabalhos publicados quer nacional, quer internacionalmente sobre as competências dos profissionais de enfermagem. Destaco, a nível nacional, as várias publicações da OE onde são definidas competências para diferentes funções dos enfermeiros. São exemplos em 2003 e depois em 2012, a publicação do regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, que teve por base o documento *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse* (2003), publicado pelo ICN (*International Council of Nurses*). Também em 2011, através do Regulamento n.º 122/2011, a OE definiu o “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”, bem como, pelo Regulamento n.º 123/2011, definiu as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, entre outros.

Desde há umas décadas que as funções de gestão dos enfermeiros são consideradas importantes para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Uma das marcas que assinala esse reconhecimento é a sucessiva atualização da carreira dos enfermeiros. Na carreira revista em 2009, as funções de gestão dos enfermeiros, estão relatadas na segunda categoria – a de Enfermeiro Principal. Serão esses enfermeiros que poderão exercer funções de direção e chefia na organização do SNS (Decreto-lei 248/2009 de 22 de Setembro, artigo 18), ou ocupar órgãos de estrutura intermédia nas organizações do SNS (Decreto-lei 247/2009 de 22 de Setembro, artigo 10º). As funções de gestão dos enfermeiros estão, também, contempladas nos regimes jurídicos da gestão hospitalar (Lei nº 27/2002 e Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de

Agosto) e na organização e funcionamento dos cuidados de saúde primários (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto e Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

O perfil do enfermeiro com competência acrescida avançada em gestão integral, cumulativamente, as competências do enfermeiro especialista comuns e específicas, previamente adquiridas, e enforma um modelo de competências distintivas, que definem e se constituem como referencial do enquadramento regulador para o seu exercício.

Atualmente a Ordem dos Enfermeiros no regulamento define o perfil de competências do Enfermeiro Gestor e os termos da sua certificação como competência acrescida avançada em Gestão, no âmbito do exercício profissional de Enfermagem. (Regulamento n.º 76/2018 Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão)

4.2 - COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO

4.2.1 - A prática profissional, ética e legal

Competência: Desenvolve uma prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.

Atividades desenvolvidas:

- Reflexão acerca do Código Deontológico dos Enfermeiros, no sentido de incorporar na prática diária uma prestação de cuidados fundamentada em princípios éticos.
- Reflexão com e no seio da equipa da UCC numa cultura de valores, num ambiente de empatia, confiança e credibilidade que permita o cumprimento dos valores e práticas de acordo com a legis artis.
- Motivação de toda a equipa da UCC de acordo com os diferentes saberes e aptidões de forma a contribuir para o seu desenvolvimento profissional e satisfação, procurando de forma efetiva conciliar as necessidades e expectativas individuais com as da UCC;
- Garantir as condições para um exercício profissional de acordo com as melhores práticas, sustentado na garantia do exercício dos direitos e deveres definidos no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros;

- Planeamento e definição de estratégias de intervenção e atividades a desenvolver diretamente focadas para os problemas ou condicionantes identificados;
- Conhecimento da realidade em termos de taxas de amamentação que permitiu uma intervenção efetiva ao nível dos Cuidados de Saúde Primários;
- Capacitação dos cidadãos, utilizadores dos serviços, em especial a população alvo dos diversos projetos da UCC de forma ao seu envolvimento efetivo nas decisões sobre a sua saúde;
- Realização de reuniões quinzenais da equipa da UCC, de forma a permitir as condições para um processo corresponsável de decisão partilhada, que coexiste com a responsabilidade individual pelas decisões e atos praticados;
- Revisão anual da Carta de Compromisso da Unidade, de forma a assegurar o funcionamento eficiente da unidade no cumprimento dos objectivos de acessibilidade, desempenho assistencial, satisfação dos utentes, qualidade e eficiência nos cuidados prestados, monitorizando e avaliando sistematicamente o seu desempenho. Este ano o Plano de acção realizada na plataforma da reforma do SNS e gerou uma carta de compromisso que embora não assinada já está fechada. (Anexo I)
- Monitorização das variáveis relativas ao bem-estar laboral, através de inquérito de satisfação profissional, atuando preventivamente e corrigindo os desvios identificados;
- Responsável pelo “Cantinho da Amamentação”. O Cantinho da Amamentação da UCC Almored do Centro de Saúde Reguengos de Monsaraz tem assegurado desde fevereiro de 2017, o acompanhamento presencial de dificuldades associadas à amamentação. Disponibiliza apoio diário, em tempo real, individualmente ou em pequenos grupos, conforme a preferência da mulher, que de forma desburocratizada pode recorrer a este serviço sempre que assim o entender, independentemente do tempo que durar a amamentação ou mesmo depois de ela já não ter lugar. O sucesso deste projeto tem sido tão grande que levou à proposta de criação da UAB e depois ao ACES Amigo dos Bebés.
- Apresentação do Projeto ACES Amigo dos Bebés na Direção de Enfermagem, com o objectivo de criar um Comité necessário para desenvolver o projeto no âmbito do ACES.
- Membro do Comité para Implementação do Projeto ACES Amigo dos Bebés, para que em equipa seja possível dar resposta a todos os procedimentos necessários junto da delegação Portuguesa da UNICEF, para desenvolver o projeto em todo o ACES. (Anexo II)

- Representante da Saúde no Conselho Municipal de Educação de Reguengos de Monsaraz, que é a instância de coordenação e consulta, com o objetivo de promover, a nível municipal, a coordenação da política educativa, articulando a intervenção dos agentes educativos e dos parceiros sociais e propondo medidas com vista ao aumento dos padrões de eficiência e eficácia do sistema educativo. Como representante da saúde pretendo promover, analisando e acompanhando o referido sistema e propondo as ações consideradas adequadas à promoção da saúde na equipa de saúde escolar e de apoio a crianças e jovens com necessidades educativas especiais, na organização de atividades de desenvolvimento escolar, bem como do apoio a iniciativas relevantes de carácter cultural, artístico, desportivo, de preservação do ambiente e de educação para a saúde e cidadania.
- Representante da Saúde na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Reguengos de Monsaraz. A Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) é uma instituição oficial não judiciária com autonomia funcional que visa promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações susceptíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral. Nesta comissão integro a Comissão Restrita e a Alargada. Na comissão de protecção de crianças e jovens restrita participo nas reuniões semanais e integro-me como comissária na gestão de casos, que envolve a convocatória, atendimento, assinatura de compromisso e acompanhamento. Na equipa alargada que reúne mensalmente e que envolve todas as atividades que envolvam afastar o perigo em que as crianças ou jovens se encontram; proporcionar-lhes as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral de forma a garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração e/ou abuso.
- Representante da Saúde no Equipa Local de Intervenção Precoce de Reguengos de Monsaraz. Tendo como objetivo garantir um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, na área da educação, da saúde e da ação social a minha ação desenvolve-se através da participação nas reuniões semanais e nas diversas actividades de acompanhamento de casos, consultadoria e ainda ações de caris preventivo ou de educação para a saúde.
- Representante da Saúde na Equipa Municipal de Proteção Civil do Conselho de Reguengos de Monsaraz. A atividade de proteção civil municipal exerce-se nos seguintes domínios: Levantamento, previsão, avaliação e prevenção dos riscos coletivos do

município; Análise permanente das vulnerabilidades municipais perante situações de risco; Informação e formação das populações do município, visando a sua sensibilização em matéria de autoproteção e de colaboração com as autoridades; Planeamento de soluções de emergência, visando a busca, o salvamento, a prestação de socorro e de assistência, bem como a evacuação, alojamento e abastecimento das populações presentes no município; Inventariação dos recursos e meios disponíveis e dos mais facilmente mobilizáveis, ao nível municipal; Estudo e divulgação de formas adequadas de proteção dos edifícios em geral, de monumentos e de outros bens culturais, de infraestruturas, do património arquivístico, de instalações de serviços essenciais, bem como do ambiente e dos recursos naturais existentes no município; Previsão e planeamento de ações atinentes à eventualidade de isolamento de áreas afetadas por riscos no território municipal. A minha participação inclusa nestas atividades referidas que são realizadas em reuniões bi-mensais e quando é necessário.

Perante a apresentação das atividades considero ter atingido a Competências do domínio da gestão na prática profissional, ética e legal, uma vez que, só com um conhecimento aprofundado da realidade se pode estabelecer estratégias e programas adequados de promoção e apoio ao aleitamento materno e na saúde na comunidade, de forma a atingir resultados que se traduzam em ganhos em saúde. Para tal existe um compromisso organizacional através da identificação, visão, missão, valores e objetivos organizacionais, monitorizados diretamente para a aplicação de estratégias e medidas corretivas no âmbito dos desvios identificados e ações de melhoria.

Represento o Serviço de Enfermagem estabelecendo as ligações externas, projetando para o exterior a valorização e o contributo social dos Enfermeiros.

4.2.2- A gestão pela qualidade e segurança

Competência: Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações.

Atividades desenvolvidas:

- Revisão do Regulamento Interno da UCC, de forma a assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais de gestão na unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACES assegurando a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade e a ainda promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas e a observância das mesmas. (Apêndice II)
- Realização do Plano de Atividades da Unidade Funcional envolvendo toda a equipa. Para dar resposta aos objetivos do ACES, foram atualizados os objetivos estratégicos formulados no ano passado, calibrou-se o alcance de cada um e ponderaram-se os resultados a alcançar num futuro próximo. Definindo as principais linhas de ação das atividades, seguindo vetores essenciais dirigidos pela garantia do acesso aos cuidados de saúde, do reforço do nexo de proximidade junto dos cidadãos, da melhoria da qualidade e da segurança da prestação de cuidados de saúde. (Anexo I)
- Monitorização e análise periódica dos indicadores contratualizados para a UCC, de forma a alinhar estrategicamente a missão e a visão, assim como as diversas dimensões que criam valor ao ACES como sejam as pessoas, os processos e as infra estruturas e contribuir para uma efetiva medição, avaliação e monitorização da gestão do desempenho da UCC de forma a garantir um sistema de gestão estratégica que vise o sucesso a médio e longo prazo.
- Realização de Reuniões quinzenais da equipa multiprofissional nas quais de acordo com os assuntos planeados são definidas as metas e objetivos da unidade, onde zelo pelo cumprimento do Plano de Ação e Regulamento Interno. Manter e incentivar o espírito de equipa e entre ajuda dos elementos da equipa multidisciplinar de forma a garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos da equipa e discutir sobre outras questões relevantes para o normal funcionamento da UCC. São ainda realizados nestas reuniões pequenos momentos de formação interna que visa a melhoria contínua da qualidade e a normalização de procedimentos.
- Criação do Manual de Procedimentos do “ Cantinho de Amamentação”, no sentido em que não existia nenhum documento ou suporte informativo que apoiasse as intervenções realizadas neste espaço. Além do mais, este manual servirá como guia de orientação para os

cuidados prestados de forma a uniformizar as intervenções de toda a equipa que presta apoio às mães e bebés nesta fase da sua vida, bem como será útil como documento de consulta para novos profissionais. (Apêndice III)

➤ Criação do Manual de articulação com outras unidades funcionais (USF Remo e UCSP Mourão) com objetivo de descrever os conceitos, procedimentos da forma de atuação de qualidade que, apostando no desenvolvimento organizacional através da implementação de uma abordagem por processos de trabalho que satisfaça as necessidades dos utentes e dos cidadãos de forma que garanta a conformidade com as boas práticas e contribua para um melhor desempenho e motivação dos profissionais envolvidos.

➤ Criação do Manual de acolhimento dos profissionais de saúde e alunos de enfermagem na UCC Almored, que surge como um instrumento facilitador no processo de acolhimento e integração, tendo sido elaborado com o intuito de tornar a integração e adaptação mais simples e agradável. Este manual constitui ainda um importante contributo para os indicadores de qualidade da unidade. (Apêndice IV)

➤ Criação e Implementação do Projeto “Amar a Vida...Conviver para motivar”. Já estudado por muitos, uma questão que afeta o equilíbrio interno de uma equipa é sem dúvida o grau de satisfação/ motivação dos profissionais. Diante dos fatos observados e discutidos sobre nossa vivência profissional considere importante incluir diversas atividades que vão desde a atividade física, jogos, workshops sobre as mais diversas temáticas, meditação, etc, que são realizadas quinzenalmente e em que cada profissional fica responsável segundo uma planificação realizada no início de cada ano civil.

➤ Desenvolvimento do Projeto “ABC da Grávida e do Bebê”. Este projeto em curso na UCC Almored desde janeiro de 2014, desenvolve-se no âmbito da equipa multidisciplinar da UCC e da minha responsabilidade, que inclui a atualização dos descritivos de qualidade no exercício, elaboração a planificação e a necessidade de intervenção com uma consulta de enfermagem realizada no início com as grávidas antes de integrarem o projeto. Depois é feito um plano das sessões e enviado para os diversos grupos profissionais.

➤ Participação e colaboração no Projeto “Viver com Emoção”. Este projeto no âmbito da saúde mental e em que a Equipa de Saúde Escolar lhe compete facilitar o desenvolvimento de projetos que promovam autoconhecimento, autogestão, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável. O resultado traduzir-se-á em mais satisfação com a escola e com a vida, em comportamentos de saúde mais positivos, melhor

aproveitamento escolar e melhor qualidade de vida, quando adultos. Este projeto multiprofissional da UCC Almored, envolve diversas atividades ao longo do ano letivo em cada turma envolvida, que é voluntária no projeto e em que os seus alunos têm idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos, habitualmente alunos do 3º e 4º ano de escolaridade.

➤ Participação e colaboração Projeto “Saber Comer”. Este projeto que consta do Plano de Ação da Unidade incluído no Programa de Saúde Escolar e que pretende dar resposta ao grande índice de obesidade nos dois conselhos com atividades, jogos e brincadeiras, sessões de educação saudável que visam a alimentação saudável e o incentivo á actividade física. Este projeto que está no seu terceiro ano de atividade envolve uma avaliação das atividades desenvolvidas tendo em foque o resultado esperado de forma a concorrer efectivamente para processos de melhoria.

Considero ter atingido a competência na gestão pela qualidade e segurança, uma vez que perante as atividades apresentadas foi possível orientar a prática dos cuidados a atingir tendo como foco os utentes e a comunidade. As atividades foram norteadas por guias orientadores de boas práticas e com vista a processo de melhoria continua da qualidade de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados, coesão e espírito de equipa tendo em foque para os resultados esperados, Tendo como base o regulamento interno da UCC e o Plano de Ação autorizado, com objectivos estratégicos definidos e em que anualmente são revistos e analisados os resultados tendo em conta as estratégias utilizadas com vista a adequação da sua metodologia e em que participa toda a equipa. Os objetivos e indicadores incluídos no plano são os escolhidos de entre os propostos pelo ACES e em que pretendi dar resposta em concordância com os indicadores de qualidade da Ordem dos Enfermeiros.

Para garantir uma Gestão operacional e atingir esta competência foi estimulada a coesão, favorecendo o espírito de equipa através do Projeto “ Amar a Vida...Conviver para motivar”, onde além de melhorar a satisfação dos profissionais, constitui uma oportunidade de melhoria e de fonte de aprendizagem em função de objetivos comuns, partilha de responsabilidades e comprometimento. Estes encontros realizados das mais diversas formas permitem-me avaliar com regularidade a eficácia da equipa de trabalho dando informação de retorno, validar se os objetivos e estratégias traduzem a política e estratégia definida pela gestão estratégica e pretendo demonstrar o meu compromisso com a política de qualidade e

segurança tão presente nos critérios de avaliação do desempenho, em indicadores de avaliação dos resultados da Organização.

Pretendo sempre garantir uma gestão Tática coordenando os recursos humanos, otimizando meios e utilizando medidas que simplifiquem e agilizem os processos de forma que operacionalmente seja possível criar condições para manter ambientes seguros, introduzindo medidas corretivas quando são detetados desvios. Identifica os objetivos para a melhoria contínua da qualidade, de acordo com a política de qualidade definida para a Organização e, em concreto, para o Serviço de Enfermagem atuando para a obtenção de resultados.

4.2.3 - A gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional

Competência: Adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização.

Atividades desenvolvidas:

- Realização do Manual de articulação com a USR Remo e UCSP de Mourão no sentido de integrar diferentes recursos e atividades, agregando esforços para assim ser possível criar um ambiente de partilha, cooperação e coesão, inter-serviços.
- Realização do Plano de formação para a UCC, no sentido da implementação da formação em serviço como estratégias para a aprendizagem, na equipa, promovendo projetos formativos, de médio prazo, em áreas relacionadas com a prática e de acordo com a definição de prioridades formativas do ACES. O Plano de formação é realizado anualmente após realização de inquérito de necessidades de formação a toda a equipa como estímulo à auto-aprendizagem como fonte de motivação individual, autoconhecimento e como um processo de desenvolvimento e valorização profissional em articulação com a Ordem dos Enfermeiros, outras unidades e/ou outras entidades.
- Planificação da formação em Aleitamento Materno, consciencializada dos diversos constrangimentos, foi possível identificar os elementos chave para o processo de mudança envolvendo os profissionais, motivando-os com a perspetiva de melhoria e de utilização do

seu potencial, assegurando o desenvolvimento profissional como estratégia de capacitação individual e coletiva para uma prática profissional de excelência.

- Identificação da necessidade da criação das Unidades Amigas dos Bebés, no sentido de como agente da mudança, avaliando as opções e os recursos necessários para a sua implementação, identificando as características da mudança em presença, as suas forças de impulsão e de resistência. Estabelece protocolos, parcerias com a comunidade académica e científica que acrescentem valor à organização e aos profissionais.
- Divulgação do Projeto Unidades Amigas dos Bebes junto do ACES solicitando a sua aprovação, explicitando o modo de operacionalização e as estratégias de mudança, conferindo crédito ao processo.
- Sensibilização junto da comunidade e municípios da área de abrangência da UCC sobre as baixas taxas de Aleitamento Materno e os seus riscos para a saúde no sentido de estabelecer acordos através da negociação e na base de objetivos comuns, sendo flexível, mas persistente reconhecendo o meio externo e a forma como a Organização se relaciona com ele. Propõe soluções inovadoras ao nível de métodos e processos de trabalho nomeadamente o pedido de apoio de recursos económicos para a concretização do projeto numa perspetiva sistémica da Organização e iniciativa para coordenar a gestão da mudança.
- Identificação das principais dificuldades associadas ao processo de liderança e gestão do serviço fomentando ambientes de trabalho com foco nos fatores motivacionais, na base de práticas colaborativas, fomentando o apoio e confiança entre os Enfermeiros e outros profissionais, dinamizando iniciativas que agreguem valor para a unidade e/ou Organização de forma a alinhar a estratégia organizacional com os interesses e necessidades dos profissionais.
- Realização do SIADAP para enfermeiros e assistente técnico administrativo da unidade de acordo com os normativos em vigor. Operacionalizo o processo de avaliação de desempenho dos profissionais ao nível da gestão operacional, definindo a estratégia de operacionalização da avaliação de desempenho, assegurando os requisitos necessários ao desenvolvimento do processo de avaliação do desempenho.
- Participação e colaboração “Projeto Pipoca”. Também incluído no Plano da Ação da Unidade como estímulo a realização de projetos inovadores que traduzam ganhos e práticas distintivas. Este projeto incluído numa área prioritária do ACES pretende estabelecer

protocolos, parcerias com a comunidade académica e científica para que se acrescente valor à UCC, ao ACES e aos profissionais.

Perante as atividades apresentadas considero ter reconhecido a importância da gestão da mudança, compreendendo a dinâmica organizacional, face aos desafios internos e aos do ambiente externo. Identifiquei as tendências e sinais de mudança com impacto no processo assistencial e de inter-relações, através de observação, sistematização e operacionalização num programa de desenvolvimento organizacional como planeamento da mudança. Procuro mostrar o sentido, a orientação e o propósito da mudança planeada, evidenciando suporte contínuo e envolvendo os elementos chave nos processos de mudança de forma a analisar o impacto dos resultados no ambiente interno e o seu nível de perceção no ambiente externo, em relação à comunidade local. A comunicação assertiva demonstrando respeito pelas ideias dos outros e valorização dos seus contributos incentiva a explicitação do processo de tomada de decisão, mostrando capacidade para envolver e influenciar os colaboradores no desenvolvimento dos processos de mudança.

Assumindo-me como agente de mudança e responsável pelo desenvolvimento profissional dos membros da minha equipa e consequentemente, pelo desenvolvimento organizacional. Reconhece o desenvolvimento profissional como um processo contínuo de aquisição e aprofundamento de competências para um desempenho excelente e, um elemento facilitador e estimulador da eficácia organizacional.

Operacionalizo um programa de desenvolvimento organizacional como planeamento da mudança em que é utilizada uma gestão operacional baseada na definição de estratégias, identificação dos elementos chave para o processo de mudança, envolvendo-os de forma a tornar o ambiente motivador e com base em praticas colaborativas entre a equipa.

A competência assenta num corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes, articuladas e sistematizadas relativas às ciências comportamentais, processo de planeamento, formação e pesquisa, traduzidos na governação clínica e ainda produzir um discurso pessoal fundamentado tendo em conta as diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde assim como comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico. A formação informal e formal constitui uma política de desenvolvimento para os Enfermeiros e para o ACES como instrumento de gestão estratégica assumindo um papel de formador na equipa multidisciplinar e multiprofissional, valorizo maximizando os conhecimentos e contributos de

cada profissional em prol da equipa organizando espaços de reflexão sobre as práticas. Participo na implementação do processo de desenvolvimento e valorização profissional que valorize a investigação como fonte de evidência para a prática profissional.

4.2.4 - O planeamento, organização, direção e controlo

Competência: Operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança.

Atividades desenvolvidas:

- Realização do Plano de Ação, no sentido de identificação dos problemas e determinação das necessidades a atender, propondo objetivos realistas, tangíveis e mensuráveis e estratégias, em conformidade com os resultados a atingir, tendo em conta os recursos disponíveis e estabelecendo prazos. Pressupõe um acompanhamento, controlo e avaliação da execução do plano de atividades assegurando o seu desenvolvimento e a sua realização, de acordo com os prazos e recursos definidos e analisando o progresso dos indicadores. (Anexo I)
- Implementação do Plano de Trabalho da Equipa de Cuidados Continuados (ECCI) considerando-o como guia de orientação de comportamentos e decisões, a longo prazo.
- Participação e elaboração de procedimentos, guias, protocolos e orientações técnicas no sentido de planear a atividade de Enfermagem sempre suportada por um enquadramento conceptual e métodos de trabalho definidos. Articulo continuamente a minha atividade com a gestão estratégica, estabelecendo -me como elo de ligação entre esta e a gestão operacional e na implementação de métodos de trabalho e ainda atuar de forma integrada, pluridisciplinar e colaborativa na gestão da UCC.
- Elaboração do Manual de Integração de novos profissionais e de alunos de enfermagem, coordenando o processo de integração dos mesmos. (Apêndice IV) Valorizando e maximizando os conhecimentos e contributos de cada profissional em prol da equipa.
- Identificação do problema de saúde de obesidade infantil através de medidas válidas e a identificação de problemas priorizando a sua resolução, nomeadamente através da

operacionalização através de estratégias como o projeto Pipoca. (Projeto de Intervenção na Prevenção da Obesidade do Alentejo)

- Apresentação de Proposta de melhoria do espaço físico da UCC, tendo em conta na minha proposta a, remodelação e adequação dos espaços físicos de forma a garantir a sua funcionalidade. Esta proposta envolvida na gestão e controlo orçamental da unidade e com apoio do Município e visa, um desejo futuro de candidatura a creditação da unidade. (Apêndice V)
- Elaboração de Guia de procedimentos orientadores da utilização de dispositivos médicos e de material de consumo clínico.
- Realização de horários de enfermagem, assistentes operacionais e equipa de limpeza, estimulando uma prática colaborativa para o alcance dos objetivos estratégicos e operacionais, participando na identificação, através de métodos de cálculo e avaliação de competências, da dotação de profissionais adequada e segura, para a área de responsabilidade. Elaborei, através de métodos de cálculo e avaliação de competências, a dotação de profissionais adequada e segura, para os diferentes contextos da minha responsabilidade e prática profissional.
- Revisão de forma continuada as condições do ambiente de trabalho tendo em conta a hierarquia funcional aos vários níveis, e por base as funções estruturais e formais e os processos de trabalho, publicitando -a. Compreendo a função “Direção” como um processo de influência sobre o comportamento dos elementos da equipa de trabalho, transferindo valores, informação e conhecimentos através de uma comunicação ativa, procurando a colaboração para unificar e motivar.
- Gestão da utilização os métodos de aprovisionamento e gestão de stocks, de forma adequada.

Perante as atividades apresentadas considero que atingi as competências no âmbito da planeamento, organização, direção e controlo, uma vez que procedi ao planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, ao nível do pensar, decidir e agir, orientado para a obtenção de resultados, através do desempenho dos profissionais da equipa multiprofissional que coordeno. Considero que utilizei um modelo de gestão facilitador do desenvolvimento organizacional promotor da qualidade e segurança, tendo como foco a satisfação dos utentes e dos profissionais, sempre com uma consciencialização da importância de num corpo de

conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes ao desenvolvimento das funções de gestão e ao processo de tomada de decisão.

4.2.5 - A prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde

Competência: Garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde.

Atividades desenvolvidas:

- Fomentação e disponibilização para o desenvolvimento de projetos de investigação com valor para a organização e impacto a nível externo, valorizando a investigação como ferramenta de trabalho para a aquisição de evidência científica que suporte a tomada de decisão no contexto da prática profissional estimulando o pensamento crítico dos demais profissionais da equipa.
- Participação e implementação do Projeto “Pipoca” e “Saber Comer”. na área da alimentação saudável nas crianças do pré-escolar e primeiro ciclo, o projeto “ Viver com Emoção”, para alunos do 3º e 4º ano e “Amamentar.como” que envolve as diversas problemáticas da amamentação desde a gravidez até aos 6 meses de idade do bebé. Nestes projetos foi estabelecido um plano de investigação de acordo com as linhas e prioridades identificadas articulando -me com entidades da comunidade académica e científica para estabelecimento de protocolos/parcerias nomeadamente com o ACES, município, universidade de Évora e comissão de ética do ACES. Estes projetos fomentam a investigação, criando as condições necessárias e envolvendo os profissionais para a utilização dos resultados da investigação. Articulando com entidades da comunidade académica e científica para estabelecimento de protocolos/parcerias
- Participação e implementação no Projeto “ Prevenção de Doenças Cardiovasculares” que requer muita disponibilidade para o desenvolvimento como projeto de investigação mas com valor para a organização e impacto a nível externo na obtenção de ganhos em saúde, mas de muito difícil avaliação.

- Criação e adequação de alguns indicadores de unidade de medida sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados, monitorizando os indicadores de execução.
- Definição dos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem da minha área de responsabilidade no âmbito da política e estratégia do Serviço de Enfermagem, linhas de investigação a desenvolver prioritariamente e monitorização e operacionalização dos indicadores em execução.

A prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde, sempre mais difícil de avaliar pela complexidade e morosidade que é avaliar ganhos em saúde no entanto considero que consegui atingir esta competência, uma vez que, reconheci e utilizei as evidências científicas produzidas por estudos/trabalhos de investigação credíveis, na prática da Enfermagem como forma de melhorar a sua qualidade, efetividade e os custos operacionais associados. Apoiei a tomada de decisão, suportada em princípios científicos, articulando a teoria com a prática. Interpretei a obtenção de ganhos em saúde como um processo de planeamento para identificação de necessidades em saúde e de ganhos potenciais, traduzidos em indicadores de avaliação, ao nível da estrutura, processos e resultados. A competência assenta num corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes no domínio da investigação- ação e da avaliação de indicadores do contexto e prática profissional.

Valorizei a investigação como ferramenta de trabalho para a aquisição de evidência científica que suporta a tomada de decisão no contexto da prática profissional, fomentando a investigação como ferramenta de trabalho, em linha com a política de investigação definida, criando as condições necessárias para o efeito. Envolvendo os profissionais para a utilização dos resultados da investigação.

4.3 - DOMÍNIO DA ASSESSORIA E CONSULTADORIA

Competência: Desenvolve a assessoria e a consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde.

Atividades desenvolvidas:

- Apresentação do Projeto “ACES Amigo dos Bebés” na Direção de Enfermagem através da conceção dum planeamento estratégico, no contexto das funções de assessoria e consultadoria ao nível de políticas e processos de melhoria das Organizações. Elaborarei um plano de intervenção e um projetos sectoriais. Compreendi as implicações económicas dos processos desenvolvidos.
- Participação no Comité de implementação das Unidades Amigas do Bebés, uma vez que é necessário a definição de políticas e estratégias de saúde, neste caso de UAB, participando na equipa que constitui uma. rede de conhecimento que garante a cooperação intersectorial para a consecução de projetos/programas de intervenção.
- Participação na construção de indicadores de avaliação que envolve um acompanhamento sistemático da ação, envolvendo-me e interferindo diretamente nos processos, sendo a forma de gestão tática ou estratégica.
- Participação no processo de contratualização da Unidade através do planeamento da construção e remodelação de unidades de saúde, demonstrando disponibilidade, compromisso, credibilidade e autoconfiança.

O Enfermeiro Gestor identifica e desenvolve a assessoria, a nível de um organismo local/Organização, regional ou nacional, no âmbito de apoio técnico para o desenvolvimento de políticas de saúde, envolvendo- se e interferindo diretamente em todas as fases dos processos. Identificar e desenvolver a consultadoria numa perspetiva de aconselhamento, visando processos de transformação que agreguem valor às organizações, formulando diagnósticos e soluções, não se envolvendo na ação. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio do planeamento estratégico, liderança, marketing, gestão financeira, gestão de projetos, governação clínica e poder executivo, tendo como foco a intervenção política, assessoria e consultadoria.

5. CONCLUSÃO

Em jeito de conclusão diria que o percurso que agora teve o seu término carece de uma continuidade pelo caminho trilhado na busca sistemática de evidências científicas, para operacionalizar uma prática baseada na evidência que seja garante de qualidade de cuidados. Deste modo, considero que os objetivos delineados para a estágio e para a elaboração do seu relatório foram alcançados, mas, apesar disso, este relatório apenas demonstra a necessidade constante de aprendizagem e investimento pessoal deixando marcado um percurso de crescimento e desenvolvimento, profissional e pessoal.

Com este relatório tentei transmitir as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso de aprendizagem, com os objetivos subjacentes a cada uma delas assim como a fundamentação da sua pertinência e competências desenvolvidas com a sua realização.

O AM foi o tema central deste percurso. A sua pertinência decorre do facto de ser considerado uma prioridade para o normal desenvolvimento e prevenção de futuras patologias da criança. A sua prática é considerada pela OMS/UNICEF uma recomendação mundial de Saúde Pública, sendo reconhecido por estas organizações o importante papel dos profissionais de saúde na sua promoção, protecção e apoio. No entanto, por diversas razões, esta prática não é uma opção viável para todos os lactentes. Por todos os seus benefícios e porque enquanto enfermeira tenho um papel fundamental na implementação de um “Início de vida saudável” (OMS, 2002), cabe-nos compreender pormenorizadamente este foco de atenção e toda a sua problemática de modo a que possamos desenvolver, in loco, práticas de promoção, protecção e apoio ao AM de excelência, cada vez mais aperfeiçoadas, adequadas e contextualizadas. Foi neste âmbito que decorreu e continua a decorrer toda a minha atuação. Para tal, uma assistência personalizada nos cuidados de saúde é uma prioridade a fim de satisfazer as necessidades dos clientes. Para alcançar a competência profissional é necessário que se desenvolvam conhecimentos, habilidades pessoais do profissional cujos elementos influenciam na tomada de decisão, autocontrolo e autoconfiança profissional (Dotto, Mamede & Mamede, 2008).

A nortear o meu percurso tentei sempre promover a reflexão e a decisão no ato de cuidar, facilitando o alcance dos objetivos propostos para a promoção da saúde. Segundo BENNER, “a teoria guia-nos e permite-nos colocar as questões certas” (2001). Daqui, destaco os instrumentos desenvolvidos para a o Cantinho da Amamentação e que contribuíram para

uma metodologia de trabalho eficaz baseada numa abordagem sistematizada da criança/família em contexto de aleitamento, facilitando o levantamento de problemas/necessidade e o planeamento dos cuidados. Criando valores e comportamentos culturais favoráveis ao AM para que este possa ser assumido como uma norma e um estilo de vida saudável e vivenciado de uma forma prazerosa para a díade.

A revisão da literatura efetuada permitiu-me conhecer por um lado que AM não depende apenas dos profissionais de saúde ou dos enfermeiros, mas devem envolver vários atores, dentre eles, a sociedade, o Estado, por meio das políticas públicas e as leis, e a família, dentre outros. (Monteschio et al, 2015) Construir o conhecimento junto das mães que procuram o serviço de saúde é considerar que somos seres complexos, racionais e em um processo de interação ininterrupto, permitindo nos agir, intervir e propiciar mudanças comportamentais de forma conjunta, empoderando-as e transformando-as em sujeitos da acção da amamentação. (Zilio et al, 2015)

Superar os obstáculos para o aleitamento materno depende da capacidade dos profissionais / serviços de saúde adequar suas práticas ao contexto sócio-demográfico e epidemiológico atual, otimizando as possibilidades que o modelo assistencial vigente oferece de apoiar efetivamente as mulheres em sua decisão de amamentar seus filhos. É necessário repensar a promoção do aleitamento materno quanto à abordagem das grávidas despertando nelas o desejo de amamentar por pelo menos dois anos.

Dessa forma, o(a) enfermeiro(a) torna-se uma peça fundamental no processo de promoção, incentivo e apoio do aleitamento materno. Para tal, é necessário que o(a) enfermeiro(a) esteja devidamente capacitado para promover a captação e o acolhimento precoce da gestante no período pré-natal, oferecendo-lhes orientações e esclarecimentos necessários sobre os benefícios da amamentação para a qualidade de vida da mãe e do filho. Essas orientações podem ocorrer por meio de atividades educativas, palestras e criação de grupos de apoio como grupos de cursos de preparação para o parto e parentalidade para promoção do aleitamento materno.

No final deste percurso, posso dizer, que as várias vertentes de atuação prenderam-se com a promoção desta prática, de forma a criar valores e comportamentos culturais favoráveis ao AM para que possa ser assumido como uma norma e um estilo de vida saudável, a protecção, cuidando para que nenhum obstáculo fosse colocado no percurso da amamentação

e o apoio, criando condições para resolver os problemas que surgem assim como o restabelecimento de padrões de boas práticas nas instituições.

A análise crítica e a reflexão face à minha atuação, consistente com a minha filosofia de vida, com a filosofia da profissão, com os modelos teóricos que fundamentam a prática e com as competências do Enfermeiro Gestor de Unidades de Saúde em contexto de cuidados de saúde primários e foram uma constante ao longo deste caminhar e muito contribuíram para provocar mudanças não só em termos pessoais como profissionais, determinantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Só com a reflexão profunda dos cuidados que prestamos, é possível adoptar estratégias que visem a melhoria dos mesmos e, consequentemente a qualidade da prática de Enfermagem aliada a uma melhor visão do papel de enfermeiro gestor na sociedade. As interrogações e o questionamento das diferentes formas de agir foram indispensáveis para todo um processo contínuo de auto-conhecimento e evolução pessoal e profissional que tenho vindo a desenvolver, querendo fazer e ser sempre mais e melhor, procurando representar da forma mais digna e exigente a profissão de Enfermagem.

Frequentar este mestrado foi consequência directa dessa forma de estar, pensar e agir e, os conhecimentos teóricos recentemente adquiridos possibilitaram um paralelismo com a prática, despoletando questões, às quais procurei respostas ao longo deste percurso e que me permitiu, acima de tudo, adquirir competências para uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado e autónomo.

Assim, considero que os objetivos definidos foram pertinentes e que foram alcançados com sucesso, traduzindo-se não só no desenvolvimento de competências avançadas, mas essencialmente, por contribuírem para a maximização da saúde da criança/família, promovendo a obtenção de ganhos em saúde para todos, aumentando o nível de saúde ao longo do ciclo de vida das famílias.

Para finalizar e como sugestões, gostaria de referir que apesar de ser um assunto em voga e alvo de vários investimentos nas últimas décadas, o AM continua a ser muitas vezes esquecido ou deixado para segundo plano, o que demonstra que muito há ainda por fazer juntos dos profissionais e serviços de saúde. Estudos recentes comprovam os benefícios do nascimento dos Hospitais Amigo dos Bebés e mais recentemente as Unidades de Saúde Amiga dos bebés para o estabelecimento e manutenção do AM, traduzindo a importância das práticas adoptadas e apesar de todos os obstáculos que são apresentados como os fracos

recursos económicos ou humanos considero que os enfermeiros ocupam uma posição estratégica no seio das equipas e atuando como agentes de mudança, podemos marcar a diferença não só pelos nossos conhecimentos especializados e competências específicas mas também na implementação de políticas de saúde adequadas que por sua vez, conduzirão a práticas de excelência no atendimento a criança/família em contexto de aleitamento.

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidência científica e a passagem dessa sabedoria para a inserção no quotidiano, promovendo os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir melhor os recursos internos e externos não só da pessoa, mas também da família e comunidade. Estes compreendem dimensões tão complexas como a psicológica, a sociocultural, a espiritual, a fisiológica e a de desenvolvimento (NEUMAN, 1995). Neste domínio engloba ainda, mais uma vez, nas competências do enfermeiro gestor no âmbito da participação na definição de implementação de políticas (OE,2014).

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Cordero, M. J. e Villaverde Gutiérrez, C. (2005). Fisiología de la glándula mamaria. M. J. Aguilar Cordero, Lactancia materna. Madrid: Elsevier, 38-52.
- Aguilar Cordero, M. J., et al. (2012). "Lactancia materna en bebés pretérminos: cuidados centrados en el desarrollo en el contexto palestino." *Nutrición Hospitalaria* .
- Aguilar Cordero, M. J., Batran Ahmed, S. M., Padilla López, C. A., Guisado Barrilao, R., & Gómez García, C. (2012). Lactancia materna en bebés pretérminos: cuidados centrados en el desarrollo en el contexto palestino. *Nutrición Hospitalaria*
- Algarves, T. R., de Sousa Julião, A. M., & Costa, H. M. (2015). Aleitamento Materno: Influência de mitos e crenças no desmame precoce /breastfeeding: Myths and beliefs influence in early weaning. *Saúde em Foco*, 2(1), 151-167. Barreira,
- Almeida, M. L. (1996). O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica. Tese de doutoramento apresentado à Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Alves, A. M. N. e Almeida, M. D. V. (1992). Aleitamento materno: Breve perspectiva histórica. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 2 (4), 8-23.
- Applebaum, R. M. (1975). Preparação para o aleitamento materno: Técnicas que contribuem para o seu sucesso. Lisboa: Serviço de Educação Sanitária da Direcção Geral de Saúde.
- Applebaum, R. M. (1982). Preparação para o aleitamento materno: a preparação pré-natal. Parte 1. *Servir*, 30 (6), 321-26.
- Araújo, M.F.M. (2000). Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In Azevedo, Joana Ferreira de Lemos Melo. (2012). *Aconselhamento Farmacêutico e Nutrição Infantil na Farmácia*. Diss. [sn].
- Cardoso, Lília. (2007) Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica. Diss..
- Carvalho M. R.e Tamez R. N. Amamentação, (2002) Bases Científicas para a Prática Profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1-10.
- Batalha, L. M. C. (2004). Aleitamento materno na região do Baixo Mondego. *Revista Sinais Vitais*, 56, 19-22.

- Batista KRA, Farias MC, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde em debate*. 2013;37(96):130-8
- Bértolo, H. e Levy, L. (2002). Manual do aleitamento materno. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê.
- Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª edição. Loures: Lusociência.
- Bonilha ALL, Schmalfuss JM, Moretto VL, Lipinski JM, Porciuncula MB. Capacitação participativa de pré-natalistas para a promoção do aleitamento materno. *Rev. bras. enferm.* 2010;63(5):811-6.
- Brazelton, T. B. (1992). Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento. Lisboa: Terramar
- Buss, P. M. (2004). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In Czeresnia, D. e Freitas, C. M. (org.) (2004) *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 15-38.
- Camillo, Karina, and COSTA JÚNIOR. (2005). "Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno."
- Campagnolo, P. D. B., da Costa Louzada, M. L., Silveira, E. L., & Vitolo, M. R. (2012). Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista de Nutrição*, 25(4), 431-439.
- Carapeto, A. C. C., & de Jesus Fonseca, M. D. F. (2006). *Administração pública: modernização, qualidade e inovação*.
- Cardoso, L. (2007). *Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica* (Doctoral dissertation).
- Cardoso, L. (2006). *Aleitamento Materno Uma prática de Educação para a saúde no âmbito da Enfermagem obstétrica*. Braga.
- Carvalho, A. et al. (1992). Aspectos práticos do aleitamento materno. *Saúde Infantil*
- Carvalho, M. C. A. et al., (1990). Aleitamento materno. Estudo da prevalência em seis distritos do continente. *Revista da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários*
- Carvalho, M. R. (2005). Amamentar es un acto ecológico. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 555-61.
- Cattaneo, A. e Aguilar Cordero, M. J. (2005). Epidemiologia da lactancia materna. In M. J.

- Aguilar Cordero, Lactancia materna. Madrid: Elsevier, 14-30
- Centeno, M. (2005). Puerpério e lactação. In L. M. Graça, Medicina materno-fetal. Volume I. 3ª edição. Lisboa – Porto – Coimbra: Lidel, 327-32.
- Clavero Salvador, P. A. (2005). Lactancia materna, sexo y anticonceptivos. In M. J. Aguilar Cordero, Lactancia materna. Madrid: Elsevier, 513-23.
- Código de Ética de comercialização de substitutos do leite materno, biberões e tetinas. In J. S. Sousa, C. A. Carvalho, Nutrição em pediatria. Lisboa: DGS, 87-91.
- Cordeiro, J. G. e Carvalho, M. C. (1990). Alimentação da criança saudável, alguns aspectos. Lisboa: DGCSP.
- Costa, A. R. C. D., Teodoro, T. N., & Araújo, M. D. F. M. D. (2009). Análise dos conhecimentos e da prática de profissionais de saúde na promoção e no apoio à amamentação: estudo de revisão. *Comun. ciênc. saúde*, 55-63.
- Couto, A. J. (1998) .O modelo de crenças na saúde e a teoria do comportamento planeado na educação para a saúde. *ESEAF - Referência*, 1, 5-9.
- Correia, Ana Catarina dos Santos. "Aleitamento materno como factor preventivo da obesidade: Monografia: Breastfeeding as an obesity´s prevention factor." (2009).
- Dalai-Lama (2003). Ética para o novo milénio. Editorial Presença
- DECRETO-LEI (D.L.) nº. 437/91 de 8 de Novembro de 1991. Regime Legal da Carreira de Enfermagem.
- DECRETO-LEI (D.L.) nº. 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
- DGS- Registo do Aleitamento Materno / RAM. Observatório do Aleitamento Materno. Registo do Aleitamento Materno. Relatório Janeiro/Dezembro 2013. Outubro 2014
- DIRECÇÃO GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (DGCSP) - Aleitamento materno: estudo da prevalência em seis distritos do Continente, 1990.
- Feferbaum, Rubens, Artur F. Delgado, and Flávio Adolfo Costa Vaz. (2000) "Nutrição parenteral prolongada em neonatologia." *Pediatr Mod* 36
- Férreaz de Lee, M. A. (1998). Lactancia materna. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Ferreira, N. C. (1993). Do aleitamento materno aos alimentos sólidos. *Pais*, (27), 12-13.
- FIALHO, Flávia Andrade et al. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Revista Cuidarte*, [S.l.], v. 5, n. 1, june 2014. ISSN 2216-0973. Disponible

- en: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/105/169>>. Fecha de acceso: 28 jan. 2018 doi:<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i1.105>.
- Figueiredo, A. M. G. (2001). Aleitamento Materno: uma questão de Educação para a Saúde. Dissertação de Mestrado. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
- Fonseca, S. (1995). Promoção do aleitamento materno. Estudo sobre a sua prevalência e duração no Concelho de Chaves. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto (trabalho não publicado).
- Fonseca, S. (1999). Aleitamento materno numa população do Concelho de Chaves. Dissertação de mestrado. Vila Real: UTAD.
- Fonseca LMM, Scochi CGS, Mello DF. 2002 Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. Rev. latinoam. enfermagem.;10(2):166-71.
- Galvão, D. M. P. G. (2006). Amamentação bem sucedida : Alguns factores determinantes. Loures: Lusociência.
- González, Carlos. (2004). "Manual prático do aleitamento materno." Lisboa: Mama Mater- Associação
- Gomes, A. (2005). Amamentar – alimento para corpo e alma. Xis – Ideias para pensar, 291, 22- 23.
- Gomes, C. (2005). Mães portuguesas interrompem amamentação muito cedo [documento online]. Disponível: <http://www.aleitamento.org.br/maeportuguesa.htm>.
- Graça, L. M. (2005). Medicina materno-fetal. Volume I. 3ª edição. Lisboa – Porto – Coimbra: Lidel
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Obras Avulsas.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING (ICN) (2010)- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão B2. Associação Portuguesa de Enfermeiros,.
- Issler, H. (1983). Aleitamento materno: ansiedade vs. lactação. Pediatria, São Paulo
- King, F. S. (1991). Como ajudar as mães a amamentar. Nairobi: Universidade Estadual de Londrina.
- Lawrence, R. (1999). Lactancia maternal. Madrid: Mosby.
- Levy, A. A., Duarte, A. e Sousa, C. (1993). Inquérito sobre aleitamento materno. Distrito de

- Setúbal. Acta Pediátrica Portuguesa.
- Levy, L. (1996). O sucesso do aleitamento materno: Contributo de uma intervenção clínica. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- LEVY, L; BÉRTOLO, H (2002) - Manual do Aleitamento Materno. Portugal. Edição Comité Português para a UNICEF / Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés,
- Levy, M. B. (1994). A indústria do Rio de Janeiro através de suas sociedades anónimas: esboços de história empresarial (Vol. 31). Editora UFRJ.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2002). Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos bebés. *Manual do Aleitamento Materno*.
- Lourenço, M. A. M. (2011). *Relatório de estágio* (Doctoral dissertation).
- Maia, M. J. C. (2011). O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno.
- MAMA MATER (2011) - Proposta para instalação do Cantinho da Amamentação. Acedido em <http://www.slideshare.net/bibliotecavirtualam/cantinho-da-amamentao-proposta-para-instalao>.
- Martins, Alice Rosário Alves, and Ernestina Maria Veríssimo Batoca Silva (2012). Práticas dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno. Diss. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu,
- Ministério da Saúde. (1998). As recomendações da Conferência de Adelaide – Políticas favoráveis à saúde. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- Ministério da Saúde. (1999). Saúde um compromisso: Uma estratégia para o virar do século (1998- 2002). Lisboa: MS.
- Ministério da Saúde. (2002). A saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século (1998-2002). Lisboa: MS.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2000). Inquérito nacional de saúde 1998/1999. Lisboa: INSA.
- Nascimento, Maria Beatriz R., and Hugo Issler. (2004). "Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar." *J pediatr* 80.5
- Nader, S. S., Pereira, D. N., Iogni, C. et al. (2005). Conhecimento de adultos de uma unidade básica de saúde sobre vantagens, qualidade e técnica de aleitamento e motivação para amamentar [documento on-line]. Disponível em: <http://db.doyma.es/cgibin/wdgabi.exe/douma/mrevista.fulltext?pident=13075174>

- ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2018). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2014). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2001) - Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) - Rede de Cuidados de Saúde Primários: modelos de gestão dos Centros de Saúde.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - Modelo de Desenvolvimento Profissional: Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro especialista. Dezembro.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). "Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica." Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Lisboa*.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem,.
- OMS (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários e Saúde – Declaração de Alma-Ata. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- OMS (1985). As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos. Lisboa: Ministério da Saúde.
- OMS (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Lisboa: Divisão de Educação para a Saúde.
- OMS (1989). Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genève: WHO.
- OSORIO CASTAÑO, Jhon Henry; BOTERO ORTIZ, Beatriz Eugenia. Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. *Investigación y educación en enfermería*, 2012, 30.3: 390-397.
- Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J. Pediatr* 2003;79 (5): 385-90
- Rocha, L. M., & Gomes, A. (1998). Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. *Saúde Infantil*, 20(3), 59-66.
- Rezende MA, Sawaia BB, Padilha KG. Mãe boa amamenta ou a força da ideologia. *Fam. Saude Desenv* 2002

- Ribeiro, R. M. (2014). *Promoção de saúde na infância: aleitamento materno*(Doctoral dissertation).
- Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.1, p.58-72, abr. 1996.
- Rotenberg S, De Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. Rev. Bras. Saude Mater. Infant 2004
- S. M. C., & Machado, M. D. F. A. S. (2004). Amamentação: compreendendo a influência do familiar. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(1), 11-20.
- Silva, I. M., & Mendes, F. P. (2015). O burnout nos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos: uma revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(3), 373.
- SILVA J.A. Reflexões sobre a prática do aleitamento materno: Rev.Esc.Enf.USP,v.30, n. 1, p. 58-72, abr. 1996.
- Serrano, C. (1997). O aleitamento: diferentes caminhos para o mesmo fim. *Informar*, 2 (8), 15- 20.
- SOUZA, Edna L. et al - Impacto da internação na prática do aleitamento materno em hospital pediátrico de Salvador Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.5, nº 24, 2008
- Sutto, N. B., Knoell, M. D., Zucker, K., Finstuen, K., & Mangelsdorff, A. D. (2008). Executive competencies of nurses in the Veterans Health Administration. *Military medicine*, 173(1), 47-53.
- Tannure, M. C., GONÇALVES, A. M. P., & CARVALHO, D. V. (2008). O Processo de enfermagem. Tannure MC, Gonçalves AMP. *Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 168-17.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. *Loures: Lusociência*, 301-333.
- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Vanderhoof J, Gross S, Hegyi T, Clandinin T, Porcelli P, DeCristofaro J et al. (1999). Evaluation of a long-chain polyunsaturated fatty acid supplemented formula on growth, tolerance, and plasma lipids in preterm infants up to 48 weeks postconceptional age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*.

Vargas, M. N., & Soares, L. T. R. (1997). O trabalho educativo em saúde nas comunidades rurais: as experiências da enfermagem no Brasil e no Peru. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 54-71.

Vieira GO, Silva LR, Mendes CMC, Vieira TO. Mastite Lactacional e a iniciativa Hospital Amigo da Criança, Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet].2006 [acesso em 19 maio 2010];22(6):1193-200. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311x20060006000

- <http://ecommerce.uol.com.br/impulso-digital/temas/diagnostico-e-planejamento/matriz-swot-saiba-como-ela-pode-ajuda-lo-a-se-planejar.html#rmcl>
- <file:///E:/obstetricia/registo%20aleitamento%20materno%20observatorio.pdf>
- <http://amamentar.medicineone.net/Not%C3%ADcias/tabid/150/articleType/ArticleView/articleId/3/Default.aspx>
- <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>
- https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf

ANEXOS

ANEXO I – CARTA DE COMPROMISSO E PAUF

CARTA DE COMPROMISSO - 2018

UCC Almored

O Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central, representado pelo seu Diretor Executivo, Dr(a). Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito e a Unidade Funcional (UF) modelo UCC denominada Almored representada pelo seu Coordenador, Dr(a). Maria Clara Natario Lourenco, constituída nos termos da lei vigente, assumem nesta data a presente Carta de Compromisso, com efeitos para o ano civil de 2018, que se rege pelas seguintes condições:

1. A UF é parte integrante do ACES, sendo constituída por uma equipa multiprofissional, cuja constituição se encontra descrita no ponto 1 (Quem Somos) do Plano de Ação, em anexo.
2. A UF tem à data de 31 de Dezembro de 2017, uma caracterização da população a servir de acordo com o ponto 2 (Quem Servimos) do Plano de Ação, em anexo.
3. A UF e o ACES negociaram e comprometem-se a assegurar o cumprimento do Plano de Ação, em anexo, conforme previsto nos Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2018, assim como na Operacionalização da Contratualização de Cuidados de Saúde Primários 2018.
4. A UF compromete-se perante a presente Carta de Compromisso, a cumprir as especificações ao modelo de unidade, de acordo com o estipulado no ponto 6 (Especificações do Compromisso Assistencial) do Plano de Ação, em anexo.
5. O ACES deve garantir as condições de funcionamento acordadas, de modo a que a UF cumpra as atividades previstas no Plano de Ação para o período em questão, disponibilizando os recursos mencionados no ponto 7 (Recursos) do mesmo, assim como respeito pelos procedimentos previstos no Manual de Articulação (ponto 9).
6. A UF compromete-se a utilizar e a zelar, de forma eficiente, os recursos que lhe sejam disponibilizados pelo ACES, desde as instalações até aos equipamentos e outros meios técnicos, que contribuam para a realização da sua atividade.
7. Se circunstâncias imprevisíveis determinarem a inadequação das atividades definidas no presente Plano de Ação, as partes contratantes assumem o compromisso de rever os referidos termos durante o ano em curso.
8. A UF compromete-se a efetuar os registos de todos os dados necessários à análise da sua atividade, nos sistemas de informação em uso, rigorosa e sistematicamente, nos termos do bilhete de identidade dos indicadores, sem os quais esta não poderá ser considerada em sede de contratualização.
9. A UF aceita e disponibiliza-se para prestar a colaboração necessária à realização de auditorias e ações de acompanhamento que venham a ser determinadas pela Administração Regional de Saúde (ARS) ou outras entidades para tal mandatadas pelo Ministério da Saúde.
10. A UF deve elaborar e remeter para o Diretor Executivo do ACES, até 15 de março de 2019, um Relatório de Atividades, com base nos dados fornecidos automaticamente pela plataforma de monitorização do IDG e dados locais validados pelo Conselho Clínico e de Saúde (CCS), que será submetido ao Conselho Diretivo da ARS para validação, após o parecer do Conselho Clínico e de Saúde do ACES.
11. O acompanhamento interno do desempenho da UF compete ao CCS do respetivo ACES com o apoio do Departamento de Contratualização da ARS. No entanto, sempre que necessário, a UF deve disponibilizar-se para prestar os esclarecimentos considerados como relevantes e solicitados pelo Diretor Executivo do ACES ou pelo Departamento de Contratualização da ARS.
12. O incumprimento das metas contratualizadas não releva se o mesmo tiver origem na não disponibilização atempada, por parte da parte da ARS ou do ACES, dos recursos mencionados como necessários ao desenvolvimento do Plano de Ação, em anexo.
13. O não cumprimento do articulado desta Carta de Compromisso, por parte da UF poderá excluí-la da atribuição dos incentivos institucionais, quando aplicável, e conduzir a uma reavaliação do processo de constituição e de desenvolvimento da UF, acompanhado pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACES.

O Diretor Executivo do ACES Alentejo Central

O Coordenador da UCC Almored

.....

.....

18-06-2018 10:56

CARTA DE COMPROMISSO - 2018

UCC Almored

O Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central, representado pelo seu Diretor Executivo, Dr(a). Maria Laurência Grou Parreirinha Gemitto e a Unidade Funcional (UF) modelo UCC denominada Almored representada pelo seu Coordenador, Dr(a). Maria Clara Natario Lourenco, constituída nos termos da lei vigente, assumem nesta data a presente Carta de Compromisso, com efeitos para o ano civil de 2018, que se rege pelas seguintes condições:

1. A UF é parte integrante do ACES, sendo constituída por uma equipa multiprofissional, cuja constituição se encontra descrita no ponto 1 (Quem Somos) do Plano de Ação, em anexo.
2. A UF tem à data de 31 de Dezembro de 2017, uma caracterização da população a servir de acordo com o ponto 2 (Quem Servimos) do Plano de Ação, em anexo.
3. A UF e o ACES negociaram e comprometem-se a assegurar o cumprimento do Plano de Ação, em anexo, conforme previsto nos Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2018, assim como na Operacionalização da Contratualização de Cuidados de Saúde Primários 2018.
4. A UF compromete-se perante a presente Carta de Compromisso, a cumprir as especificações ao modelo de unidade, de acordo com o estipulado no ponto 6 (Especificações do Compromisso Assistencial) do Plano de Ação, em anexo.
5. O ACES deve garantir as condições de funcionamento acordadas, de modo a que a UF cumpra as atividades previstas no Plano de Ação para o período em questão, disponibilizando os recursos mencionados no ponto 7 (Recursos) do mesmo, assim como respeito pelos procedimentos previstos no Manual de Articulação (ponto 9).
6. A UF compromete-se a utilizar e a zelar, de forma eficiente, os recursos que lhe sejam disponibilizados pelo ACES, desde as instalações até aos equipamentos e outros meios técnicos, que contribuam para a realização da sua atividade.
7. Se circunstâncias imprevisíveis determinarem a inadequação das atividades definidas no presente Plano de Ação, as partes contratantes assumem o compromisso de rever os referidos termos durante o ano em curso.
8. A UF compromete-se a efetuar os registos de todos os dados necessários à análise da sua atividade, nos sistemas de informação em uso, rigorosa e sistematicamente, nos termos do bilhete de identidade dos indicadores, sem os quais esta não poderá ser considerada em sede de contratualização.
9. A UF aceita e disponibiliza-se para prestar a colaboração necessária à realização de auditorias e ações de acompanhamento que venham a ser determinadas pela Administração Regional de Saúde (ARS) ou outras entidades para tal mandatadas pelo Ministério da Saúde.
10. A UF deve elaborar e remeter para o Diretor Executivo do ACES, até 15 de março de 2019, um Relatório de Atividades, com base nos dados fornecidos automaticamente pela plataforma de monitorização do IDG e dados locais validados pelo Conselho Clínico e de Saúde (CCS), que será submetido ao Conselho Diretivo da ARS para validação, após o parecer do Conselho Clínico e de Saúde do ACES.
11. O acompanhamento interno do desempenho da UF compete ao CCS do respetivo ACES com o apoio do Departamento de Contratualização da ARS. No entanto, sempre que necessário, a UF deve disponibilizar-se para prestar os esclarecimentos considerados como relevantes e solicitados pelo Diretor Executivo do ACES ou pelo Departamento de Contratualização da ARS.
12. O incumprimento das metas contratualizadas não releva se o mesmo tiver origem na não disponibilização atempada, por parte da parte da ARS ou do ACES, dos recursos mencionados como necessários ao desenvolvimento do Plano de Ação, em anexo.
13. O não cumprimento do articulado desta Carta de Compromisso, por parte da UF poderá excluí-la da atribuição dos incentivos institucionais, quando aplicável, e conduzir a uma reavaliação do processo de constituição e de desenvolvimento da UF, acompanhado pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACES.

O Diretor Executivo do ACES Alentejo Central

O Coordenador da UCC Almored

.....

18-06-2018 10:56

Plano de Ação 2018

UCC Almoreg

ACES Alentejo Central, ARS Alentejo

18-06-2018 10:56

Índice

| | |
|---|-----------|
| <u>1. Quem Somos</u> | <u>1</u> |
| <u>2. Quem Servimos</u> | <u>3</u> |
| <u>3. Problemas e Objetivos</u> | <u>4</u> |
| <u>4. Plano de Ação</u> | <u>6</u> |
| <u>5. Plano de Formação</u> | <u>25</u> |
| <u>6. Especificações do Compromisso Assistencial</u> | <u>26</u> |
| <u>7. Recursos</u> | <u>27</u> |
| <u>8. Proposta de aplicação dos Incentivos institucionais</u> | <u>29</u> |
| <u>9. Anexos</u> | <u>31</u> |
| <u>9.1. Manual de Articulação</u> | |
| <u>9.2. Declaração de Incompatibilidades (USF-B)</u> | |

18-06-2018 10:56

1. Quem Somos

Identificação

UCC Almored, ACES Alentejo Central, ARS Alentejo

Morada: Rua Dr. Jacinto Fernandes da Palma, 2, 7200-372 Reguengos de Monsaraz

Tipo: UCC

Data início de atividade: 08-07-2011

Compromisso Assistencial

Nº Inscritos: 13199

Data Parecer Técnico: 07-07-2011

Horário de Funcionamento

| Dias úteis | | Sabados | | Domingos e Feriados | |
|------------|-------|---------|-------|---------------------|-------|
| 08:00 | 20:00 | 09:00 | 16:00 | 09:00 | 16:00 |

Coordenação

Coordenador: Maria Clara Natario Lourenco

Conselho Técnico

Enfermeiro de Família: MARIA CLARA NATARIO LOURENCO

Secretário Clínico: MARIA DELFINA FRANCO VIEIRA CHARRUA PAIXAO

Outro: SUSANA CRISTINA SALGUEIRO CASTOR CAPUCHO

Profissionais

Médicos

N.º Total: 0.0

| Vínculo | Provimento | % ETC | Utentes | UP |
|------------------------------|--|-------|---------|----|
| Carlos Costa | | | | |
| CTFP por Tempo Indeterminado | Contrato p/Tempo Indeterminado (ex-Nom.Definitiva) | 15 | | |

Enfermeiros

N.º Total: 6.0

| Vínculo | Provimento | % ETC |
|----------------------------------|--|-------|
| ANABELA MARTINS BATISTA | | |
| CTFP por Tempo Indeterminado | Contrato p/Tempo Indeterminado (ex-Nom.Definitiva) | 100 |
| MARIA CLARA NATARIO LOURENCO | | |
| CTFP por Tempo Indeterminado | Contrato p/Tempo Indeterminado (ex-Nom.Definitiva) | 100 |
| MARIA DE FATIMA DOS SANTOS PIRES | | |
| CTFP por Tempo Indeterminado | Contrato p/Tempo Indeterminado (ex-Nom.Definitiva) | 100 |
| MARIA DOLORES MAYORGA HUERTAS | | |
| CTFP por Tempo Indeterminado | Contrato p/ Tempo Indeterminado | 100 |
| MARIA PERPETUA CORREIA SERRANO | | |
| CTFP por Tempo Indeterminado | Contrato p/ Tempo Indeterminado | 100 |

18-06-2018 10:56

1

SUSANA CRISTINA SALGUEIRO CASTOR CAPUCHO

CTFP por Tempo Indeterminado Contrato p/ Tempo Indeterminado 100

Por Grupo Profissional

| Utentes: | Unidades Ponderadas: | |
|----------------------|----------------------|----------------|
| Secretários Clínicos | | N.º Total: 1.0 |

| Vínculo | Provimento | % ETC |
|--|--|-------|
| MARIA DELFINA FRANCO VIEIRA CHARRUA PAIXAO | | |
| CTFP por Tempo Indeterminado | Contrato p/Tempo Indeterminado (ex-Nom.Definitiva) | 100 |

Por Grupo Profissional

| Utentes: | Unidades Ponderadas: | |
|----------------------|----------------------|----------------|
| Outros Profissionais | | N.º Total: 0.0 |

| Grupo Profissional | Vínculo | Provimento | % ETC |
|-----------------------|----------------------------------|--|-------|
| Amidia Quintas | | | |
| Fisioterapeuta | Protocolo / Acordo de Cooperação | Protocolo/Acordo Cooperação - médicos internos | 17 |
| Anabela Gaspar | | | |
| Nutricionista | Protocolo / Acordo de Cooperação | Protocolo/Acordo Cooperação - médicos internos | 6 |
| Marta Moleiro | | | |
| Psicóloga | Protocolo / Acordo de Cooperação | Protocolo/Acordo Cooperação - médicos internos | 11 |
| Nuno Lima | | | |
| Assistente Social | CTFP por Tempo Indeterminado | Contrato p/ Tempo Indeterminado | 20 |

OBSERVAÇÕES

Todos os médicos da USF Remo dão resposta as solicitações propostas em estreita colaboração e de acordo com manual de articulação - em média 8 horas / semana
 -Fisioterapia - 6 H / Semana
 -Nutricionista - 2 H / Semana
 -Psicóloga - 4 H / Semana
 -Assistente Social - 7 H / Semana

18-06-2018 10:56

2

2. Quem servimos

Inscritos

N.º Inscritos: 0

| Índice de Dependência | Jovens: % | Idosos: % | Total: % |
|-----------------------|-----------|-----------|----------|
|-----------------------|-----------|-----------|----------|

Grupos Etários DL298/2007

| Grupo | Homens | Mulheres | Total: | UPs |
|-------|--------|----------|--------|-----|
|-------|--------|----------|--------|-----|

Grupos Específicos - Mulheres em Período Fértil

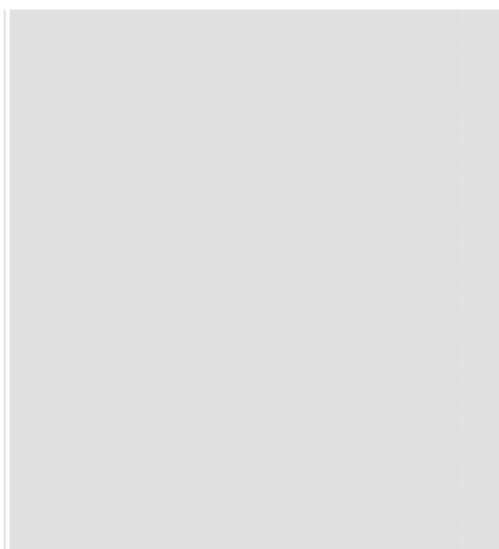
| Grupo | Homens | Mulheres | Total: | UPs |
|-------|--------|----------|--------|-----|
|-------|--------|----------|--------|-----|

Grupos Específicos - Crianças

| Grupo | Homens | Mulheres | Total: | UPs |
|-------|--------|----------|--------|-----|
|-------|--------|----------|--------|-----|

Pirâmide Etária

Idade



18-06-2018 10:56

3

3. Problemas e Objetivos

Problema n.º 1

Título: Obesidade infantil nos alunos do Jardim de Infância e 1º Ciclo

Descrição: A nível mundial em 2013, 42 milhões de crianças com idades inferiores a 5 anos apresentavam excesso de peso ou obesidade.

Em Portugal estima-se que 31,5% das crianças em idade escolar (7 – 9 anos) tenham excesso de peso ou sejam obesas, isto é, 20,3% são consideradas com excesso de peso, e 11,3% são obesas (Padez, Fernandes, Mourão, Moreira & Rosado, 2004). O excesso de peso e a obesidade infantil são mais frequentes no género feminino (33,7%), do que no género masculino (29,4%). A nível regional, o Alentejo é onde se verifica a maior prevalência de obesidade (Padez et al, 2004). Carvalho, Padez, Moreira e Rosado (2006) concluíram que existe uma forte correlação entre o comportamento sedentário (muitas horas de visualização de televisão, utilização de computador e prática de jogos eletrónicos) e a obesidade.

Objetivo n.º 1

Título: Reduzir a obesidade das crianças avaliadas, em 5%.

Descrição: Realização do diagnóstico de saúde da população alvo. Os programas de educação para a saúde que são desenvolvidos no contexto escolar e que promovem os comportamentos saudáveis nas crianças e jovens têm demonstrado resultados claramente positivos. A avaliação inicial é realizada em 2018 e a avaliação final em 2020.

Objetivo n.º 2

Título: Aumentar em 15% o número de alimentos saudáveis nos lanches escolares.

Descrição: A escola constitui uma oportunidade para a aprendizagem de princípios e de comportamentos alimentares saudáveis, bem como para o suprir de algumas carências alimentares. Os profissionais de saúde desempenham um papel extremamente positivo na qualidade de vida e no sucesso educativo e integração social da criança, através da redução dos fatores de risco, da prevenção primária, e promoção da saúde. Melhorar o comportamento alimentar de indivíduos e comunidades não é tarefa de curta duração. Trata-se de um acompanhamento periódico com avaliações sistemáticas e atividades regulares de incentivo ao consumo de alimentos saudáveis nos lanches escolares com monitorização anual (ano escolar) e avaliação final em 2020.

Problema n.º 2

Título: Baixa taxa de Aleitamento Materno

Descrição: A Organização Mundial de Saúde e a UNICEF defendem a exclusividade do aleitamento materno desde nascimento até aos seis meses neste sentido, o aleitamento materno constitui uma área de intervenção prioritária do Programa de Promoção de Saúde em Crianças e Jovens e está inserido no Plano Nacional de Saúde.

Objetivo n.º 1

Título: Aumentar em 5% o número de mães que praticam AME (Aleitamento Materno Exclusivo) até aos seis meses.

Descrição: Combater o desmame precoce e contribuir para o crescimento saudável da criança. Profissionais devidamente habilitados vão proporcionar às mães lactentes esclarecimentos e apoio a dúvidas que tenham durante o processo de amamentação, bem como prevenir, detectar e cuidar de eventuais problemas, de forma a reduzir a percentagem de abandono de amamentação, contribuindo assim para o sucesso do aleitamento materno.

Avaliação do AME efetuado a todas as grávidas acompanhadas no âmbito do projeto "ABC da grávida e do bebé".

Objetivo n.º 2

Título: Aumentar em 15% o número de mães que praticam AME até aos três meses.

Descrição: Promover o desenvolvimento das competências maternas é essencial para uma intervenção integrada em que se pratique um aconselhamento capaz de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Avaliação do AME efetuado a todas as grávidas acompanhadas no âmbito do projeto "ABC da grávida e do bebé".

Problema n.º 3

Título: Registos ineficientes

Descrição: Registos que não espelham o trabalho realizado pela equipa.

Objetivo n.º 1

Título: Otimizar os registos no SClínico.

18-06-2018 10:58

4

Descrição: Os registos são um conjunto de informação realizada que permitem a comunicação de factos essenciais relativos ao doente e às atividades. Estes devem ser elaborados de forma sistemática, organizada e segundo uma ordem cronológica, permitindo conhecer o estado atual do doente. Devem ainda, permitir a avaliação multidimensional de forma a espelhar o trabalho realizado pela UCC, realizando avaliações periódicas.

Objetivo n.º 2

Título: Garantir a uniformização dos registos até ao final do ano.

Descrição: Devem ser elaborados de acordo com regras e critérios de forma a torná-los o mais objetivos possível e permitir a prestação de cuidados de qualidade ao doente de forma individualizada e contínua.

18-06-2018 10:56

5

4. Plano de Ação

| | | |
|--|------------------------|------------------------|
| Visão Global do Plano de Ação | IDG 2017 - 78.6 | IDG 2018 - 89.4 |
| Desempenho Assistencial | IDS 2017 - 78.6 | IDS 2018 - 89.4 |
| Acesso | 2017 | 2018 |
| Cobertura ou Utilização | 62.5 | 75 |
| Distribuição da Atividade | 66.7 | 75 |
| Tempos Máximos de Resposta Garantidos | 0 | 85 |
| Resultado Subárea | 32.1 | 80.0 |
| Gestão da Saúde | 2017 | 2018 |
| Criança e Adolescência | - | 75 |
| Saúde Reprodutiva | 100 | 100 |
| Saúde do Adulto | - | 75 |
| Saúde do Idoso | - | 65 |
| Resultado Subárea | 100 | 100.0 |
| Gestão da Doença | 2017 | 2018 |
| Reabilitação | - | 75 |
| Saúde Mental | - | 75 |
| Abordagem Paliativa | - | 80 |
| Doença Crónica | 100 | 80 |
| ECCI | 64.3 | 85 |
| Resultado Subárea | 82.1 | 82.5 |
| Intervenção Comunitária | 2017 | 2018 |
| Saúde Escolar | 100 | 95 |
| Intervenção Precoce | - | 75 |
| Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco | - | 0 |
| Núcleo Local de Inserção | - | 75 |
| Comissão de Proteção de Jovens em Risco | - | 75 |
| Equipa de Prevenção da Violência em Adultos | - | 0 |
| Rede Social | - | 75 |
| Resultado Subárea | 100 | 95.0 |
| Satisfação de Utentes | 2017 | 2018 |
| Satisfação de Utentes | - | 75 |
| Resultado Subárea | - | - |
| Serviços | IDS 2017 - | IDS 2018 - |
| Serviços de Carácter Assistencial | 2017 | 2018 |
| Serviços de Carácter Assistencial | - | 75 |
| Resultado Subárea | - | - |
| Serviços de Carácter não Assistencial | 2017 | 2018 |
| Atividades de Governação Clínica no ACES | - | 75 |
| Outras Atividades não Assistenciais | - | 75 |
| Resultado Subárea | - | - |
| Qualidade Organizacional | IDS 2017 - | IDS 2018 - |

18-06-2018 10:56

6

| | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Melhoria Contínua da Qualidade | 2017 | 2018 |
| Acesso | - | - |
| Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados | - | - |
| Resultado Subárea | - | - |
| Segurança | 2017 | 2018 |
| Segurança de Utentes | - | - |
| Segurança de Profissionais | - | 90 |
| Gestão do Risco | - | - |
| Resultado Subárea | - | - |
| Centralidade no Cidadão | 2017 | 2018 |
| Centralidade no Cidadão | - | - |
| Resultado Subárea | - | - |
| Formação Profissional | IDS 2017 - | IDS 2018 - |
| Formação Interna | 2017 | 2018 |
| Formação da Equipa Multiprofissional | - | 75 |
| Formação de Internos e Alunos | - | 75 |
| Resultado Subárea | - | - |
| Formação Externa | 2017 | 2018 |
| Serviços de Formação Externa | - | 75 |
| Resultado Subárea | - | - |
| Atividade Científica | IDS 2017 - | IDS 2018 - |
| Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências | 2017 | 2018 |
| Resultado Subárea | - | - |
| Trabalhos de Investigação | 2017 | 2018 |
| Trabalhos de Investigação | - | 75 |
| Resultado Subárea | - | - |

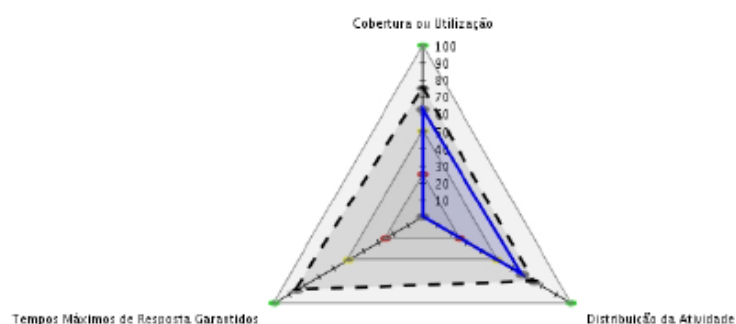
18-06-2018 10:56

7

Visão Descritiva

Desempenho Assistencial

Acesso



| Cronograma | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | 2019 | 2020 |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|
| Atividade 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 11 | | | | | | | | | | | | | | |

Atividade n.º 1

Criação de normas de registos.

Dimensões associadas: Cobertura ou Utilização; Distribuição da Atividade; Tempos Máximos de Resposta Garantidos;

Atividade n.º 2

Divulgação do Cantinho de Amamentação através de panfletos, cartazes, jornais locais nos dois concelhos da área de abrangência da UCC.

Dimensões associadas: Cobertura ou Utilização; Distribuição da Atividade;

Atividade n.º 3

18-06-2018 10:58

8

Divulgação do Curso de Preparação para o Parto "ABC da Grávida e do Bebê" através de panfletos, cartazes, jornais locais aos dois concelhos da área de abrangência da UCC.

Dimensões associadas: Cobertura ou Utilização; Distribuição da Atividade;

Atividade n.º 4

Manutenção da resposta aos utentes em ECCI todos os dias do ano das 8h às 20h durante a semana e das 9h às 16h durante os fins de semana e feriados.

Dimensões associadas: Distribuição da Atividade; Tempos Máximos de Resposta Garantidos;

Atividade n.º 5

Manutenção da articulação com o Banco de ajudas técnicas do concelho de Reguengos de Monsaraz.

Dimensões associadas: Distribuição da Atividade; Cobertura ou Utilização;

Atividade n.º 6

Manutenção do número de visitas domiciliárias por utente por mês.

Dimensões associadas: Distribuição da Atividade; Cobertura ou Utilização;

Atividade n.º 7

Registo no SClinico de todas atividades desenvolvidas.

Dimensões associadas: Distribuição da Atividade; Tempos Máximos de Resposta Garantidos; Cobertura ou Utilização;

Atividade n.º 8

Elaboração de estratégia para registos atempados de marcação de visitas no âmbito da ECCI e posteriores registos de efetivação.

Dimensões associadas: Tempos Máximos de Resposta Garantidos; Distribuição da Atividade; Cobertura ou Utilização;

Atividade n.º 9

Identificação de grávidas para o projeto "ABC da Grávida e do Bebê" através de parceria com a USF Remo e UCSP Mourão.

Dimensões associadas: Cobertura ou Utilização; Tempos Máximos de Resposta Garantidos;

Atividade n.º 10

Identificação de todas as puerperas e RN para o "Cantinho da Amamentação" através de parceria com a USF Remo e UCSP Mourão.

Dimensões associadas: Cobertura ou Utilização;

18-06-2018 10:56

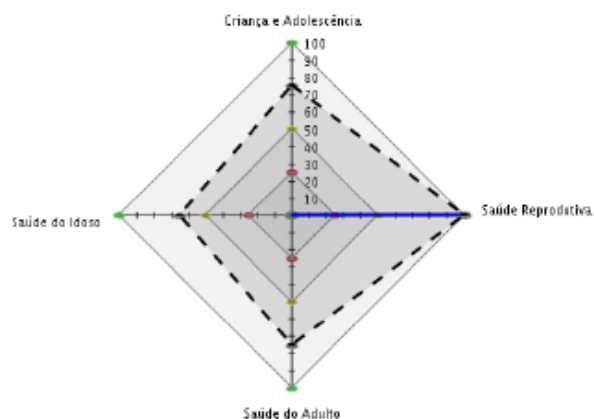
9

Atividade n.º 11

Monitorização e análise regular dos resultados.

Dimensões associadas: Tempos Máximos de Resposta Garantidos; Distribuição da Atividade; Cobertura ou Utilização;

Gestão da Saúde



| Cronograma | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | 2019 | 2020 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|
| Atividade 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 9 | | | | | | | | | | | | | | |

Atividade n.º 1

Avaliação antropométrica dos alunos do JI e 1º Ciclo.

Dimensões associadas: Criança e Adolescência;

Atividade n.º 2

Acompanhamento de crianças e famílias em contexto da Equipa Local de intervenção precoce de Reguengos de Monsaraz e Mourão.

Dimensões associadas: Criança e Adolescência; Saúde do Adulto;

Atividade n.º 3

18-06-2018 10:56

10

Observação das mamadas para aconselhar/corrigir sobre a técnica da amamentação/sinais de boa pega.

Dimensões associadas: Criança e Adolescência; Saúde do Adulto; Saúde Reprodutiva;

Atividade n.º 4

Acompanhamento de crianças e famílias em contexto de Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Reguengos de Monsaraz e Mourão.

Dimensões associadas: Criança e Adolescência; Saúde Reprodutiva;

Atividade n.º 5

Encaminhamento e marcação de consulta de nutrição dos utentes, com critérios, detetados nos rastreios.

Dimensões associadas: Criança e Adolescência; Saúde do Adulto; Saúde do Idoso;

Atividade n.º 6

Realização de sessões de preparação para o parto e parentalidade no âmbito do Projeto "ABC da Grávida e do Bebe".

Dimensões associadas: Saúde Reprodutiva;

Atividade n.º 7

Comemoração do Dia Mundial de luta contra a VIH em articulação com o Agrupamento de Escolas de Reguengos de Monsaraz e Mourão.

Dimensões associadas: Saúde Reprodutiva; Criança e Adolescência;

Atividade n.º 8

Ações de sensibilização sobre doenças cardiovasculares com parceria Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz.

Dimensões associadas: Saúde do Adulto; Saúde do Idoso;

Atividade n.º 9

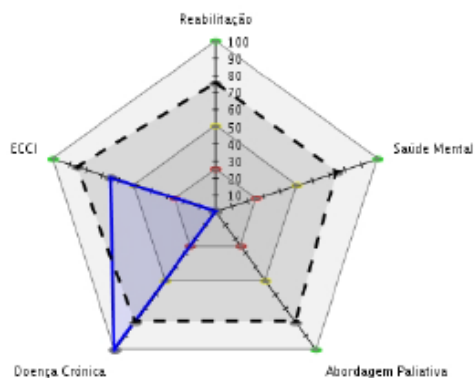
Rastreios de fatores de risco cardiovasculares no âmbito do Projeto "Reguengos mais Saudável".

Dimensões associadas: Saúde do Adulto; Saúde do Idoso;

18-06-2018 10:58

11

Gestão da Doença



| Cronograma | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | 2019 | 2020 |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|
| Atividade 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 11 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 13 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 14 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 15 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 16 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 17 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 18 | | | | | | | | | | | | | | |

Atividade n.º 1

Avaliação e aconselhamento especializado das necessidades de ajudas técnicas.

Dimensões associadas: Reabilitação; Doença Crónica; ECCI;

Atividade n.º 2

Visitas domiciliárias no âmbito do banco de Ajudas Técnicas e de apoio do concelho de Reguengos de Monsaraz em parceria com a Santa Casa da Misericórdia e Junta de Freguesia de Reguengos de Monsaraz.

Dimensões associadas: ECCI; Reabilitação; Doença Crónica;

18-06-2018 10:56

12

Atividade n.º 3

Promoção da Saúde Mental aos alunos do 3º e 4º anos do Agrupamento de Escolas de Reguengos de Monsaraz através do Projeto "Viver com Emoção".

Dimensões associadas: Saúde Mental;

Atividade n.º 4

Avaliação periódica no SClinico do stress do cuidador.

Dimensões associadas: Saúde Mental; ECCL;

Atividade n.º 5

Articulação com Unidade de Saúde Mental do HESE EPE para encaminhamento dos utentes.

Dimensões associadas: Saúde Mental; ECCL; Doença Crónica;

Atividade n.º 6

Elaboração de estratégias com a equipa médica da USF REMO no âmbito da prestação de Ações Paliativas a utentes internados em contexto de ECCL.

Dimensões associadas: ECCL; Abordagem Paliativa;

Atividade n.º 7

Registo no SClinico das ações implementadas.

Dimensões associadas: Abordagem Paliativa; ECCL; Doença Crónica; Saúde Mental; Reabilitação;

Atividade n.º 8

Articulação com serviço de oncologia do HESE EPE e USF Remo, para dar resposta a situações paliativas no âmbito da ECCL.

Dimensões associadas: Abordagem Paliativa; ECCL;

Atividade n.º 9

Celebração do Dia Mundial da Diabetes em parceria com os Agrupamento de escolas e Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz e Mourão.

Dimensões associadas: Doença Crónica;

Atividade n.º 10

Atividades de incentivo à Ginástica Laboral e promoção da atividade física desenvolvidas em diversos grupos na comunidade.

Dimensões associadas: Doença Crónica; Saúde Mental;

18-06-2018 10:56

13

Atividade n.º 11

Rastreios de fatores de risco cardiovasculares no âmbito do Projeto "Reguengos mais Saudável".

Dimensões associadas: Doença Crónica;

Atividade n.º 12

Elaboração de Plano Individual de Intervenção a todos os utentes internados em ECCI em equipa multidisciplinar, tendo em conta as expectativas do utente e família/cuidadores.

Dimensões associadas: ECCI; Doença Crónica; Abordagem Paliativa; Reabilitação;

Atividade n.º 13

Normalização de registos de avaliação do utente pela equipa multidisciplinar na primeira semana de internamento em ECCI.

Dimensões associadas: ECCI; Doença Crónica; Reabilitação; Saúde Mental;

Atividade n.º 14

Implementação de medidas de gestão eficaz do regime terapêutico.

Dimensões associadas: ECCI;

Atividade n.º 15

Realização de ensinamentos formais e informais ao utente e cuidadores formais e informais de forma individual ao nível da prevenção de complicações.

Dimensões associadas: ECCI; Abordagem Paliativa; Doença Crónica; Saúde Mental; Reabilitação;

Atividade n.º 16

Realização de registos no aplicativo da RNCCI e Solinico.

Dimensões associadas: ECCI; Reabilitação; Abordagem Paliativa; Doença Crónica; Saúde Mental;

Atividade n.º 17

Análise dos IDG e escalas de resultados.

Dimensões associadas: ECCI; Reabilitação; Doença Crónica; Abordagem Paliativa; Saúde Mental;

Atividade n.º 18

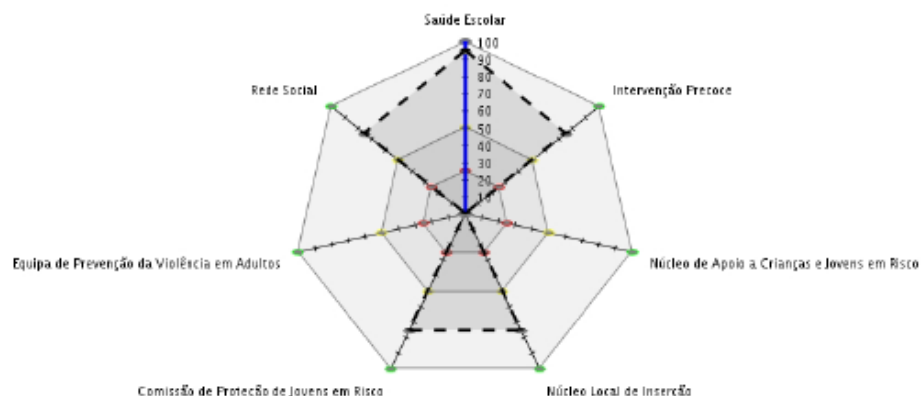
Reuniões/formações sobre registos no Solinico e Gestcare.

Dimensões associadas: Reabilitação; Saúde Mental; Abordagem Paliativa; Doença Crónica; ECCI;

18-06-2018 10:58

14

Intervenção Comunitária



| Cronograma | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | 2019 | 2020 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|
| Atividade 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 9 | | | | | | | | | | | | | | |

Atividade n.º 1

Desenvolver atividades no âmbito do projeto "Saber Comer":

- Avaliação dos lanches escolares no 1º e 3º período,
- Envio de informação aos encarregados de educação,
- Sessões de EPS sobre alimentação saudável e exercício físico,
- Realização de jogos didáticos sobre alimentação

Dimensões associadas: Saúde Escolar;

Atividade n.º 2

Desenvolver atividades no âmbito do Projeto "A minha lancheira":

- Apresentação do projeto ao agrupamento de escolas e aos encarregados de educação,
- Assinatura do compromisso,
- Avaliação dos lanches escolares no 1º e 3º período,
- Envio de informação aos encarregados de educação,
- Sessões de EPS sobre alimentação saudável e exercício físico,
- Realização de jogos didáticos sobre alimentação
- Entrega do material didático do projeto

Dimensões associadas: Saúde Escolar;

18-06-2018 10:56

15

Atividade n.º 3

Atividades no âmbito do Projeto "O peso das mochilas as postura incorrectas e as minhas costas":

- Avaliação antropométrica dos alunos do 5º e 7º ano do agrupamento de escolas de reguengos de Monsaraz
- Avaliação da postura corporal com observação direta em sala de aula e pesagem das mochilas,
- Sessões de EPS sobre a temática,
- Comunicação dos resultados à escola e encarregados de educação,
- Encaminhamento e agendamento para programa de Educação Postural.

Dimensões associadas: Saúde Escolar;

Atividade n.º 4

Análise dos dados recolhidos e avaliação dos projetos.

Dimensões associadas: Saúde Escolar;

Atividade n.º 5

Atividades de parceria no âmbito do Projeto Intervenção Precoce de Reguengos de Monsaraz e Mourão:

- Reuniões para discussão de casos,
- Atendimento de crianças /famílias acompanhadas.
- Elaboração e validação de Planos Individuais de Intervenção para criança e família no âmbito da equipa local de intervenção precoce.
- Vistas domiciliárias a crianças e família no âmbito da equipa local de intervenção precoce
- Atividades de parceria no âmbito da promoção e educação para a saúde.

Dimensões associadas: Intervenção Precoce; Saúde Escolar;

Atividade n.º 6

Reuniões trimestrais no NLI de Reguengos de Monsaraz e Mourão

Dimensões associadas: Núcleo Local de Inserção;

Atividade n.º 7

Atividades de parceria no âmbito da Comissão de proteção de Crianças e Jovens de Reguengos de Monsaraz e Mourão

- Reuniões para discussão de casos,
- Atendimento de crianças /famílias acompanhadas.
- Elaboração e validação de Planos Individuais de Intervenção para criança, jovens e famílias no âmbito da equipa de comissão de proteção de crianças e jovens.
- Vistas domiciliárias a crianças, jovens e famílias no âmbito da equipa da comissão de proteção de crianças e jovens,
- Atividades de parceria no âmbito da promoção e educação para a saúde.

Dimensões associadas: Comissão de Proteção de Jovens em Risco;

Atividade n.º 8

Reuniões semestrais do Conselho local de Ação Social (CLAS) de Reguengos de Monsaraz e Mourão

Dimensões associadas: Rede Social;

Atividade n.º 9

18-06-2018 10:56

16

Reuniões quadrimestrais do Núcleo Executivo (NE) do NLI de Reguengos de Monsaraz e no de Mourão

Dimensões associadas: Rede Social;

Satisfação de Utentes

Sem Atividades

Serviços

Serviços de Carácter Assistencial

| Cronograma | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | 2019 | 2020 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|
| Atividade 1 | | | | | | | | | | | | | | |

Atividade n.º 1

Objeto e âmbito: Cuidados Domiciliários a utentes da UCSP de Mourão aos domingos e feriados

População abrangida: Utentes residentes no concelho de Mourão com necessidade de cuidados de enfermagem aos fins-de-semana e feriados

Carga de trabalho / Carga horária por grupo profissional: 3h/semana

Resultados esperados: Continuidade dos cuidados prestados

Recursos a alocar: [Os recursos humanos, materiais, instalações, entre outros, devem ser identificados no separador "Recursos"]

Proposta de indicadores de monitorização e de avaliação:

Dimensões associadas: Serviços de Carácter Assistencial;

Serviços de Carácter não Assistencial

| Cronograma | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | 2019 | 2020 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|
| Atividade 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 3 | | | | | | | | | | | | | | |

Atividade n.º 1

Identificação: Representação na Direção de Enfermagem do ACES Alentejo Central por um elemento da equipa da UCC

Identificação dos profissionais envolvidos: Enfermeira Clara Lourenço

Nº de horas contratualizadas: Horas presenciais em reuniões para o efeito.

Dimensões associadas: Atividades de Governação Clínica no ACES;

Atividade n.º 2

Identificação: Representação no Conselho Geral no Agrupamento de Escolas de Reguengos de Monsaraz e de Mourão

Identificação dos profissionais envolvidos: Enfermeira Clara Lourenço

Nº de horas contratualizadas: 3h mensais

Dimensões associadas: Outras Atividades não Assistenciais;

Atividade n.º 3

18-06-2018 10:58

17

Identificação: Representação no Concelho Municipal de Educação
 Identificação dos profissionais envolvidos: Enfermeira Clara Lourenço (Reguengos de Monsaraz), Enfermeira Perpetua Serrano (Mourão)
 Nº de horas contratualizadas: 18h/ano
 Dimensões associadas: Outras Atividades não Assistenciais;

Qualidade Organizacional

Melhoria Contínua da Qualidade

| Cronograma | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | 2019 | 2020 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|
| Atividade 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 4 | | | | | | | | | | | | | | |

Atividade n.º 1

Identificação: Atividades desenvolvidas no âmbito do projeto "Aprender para melhor Cuidar"
 Definição do processo: Plano de formação multiprofissional para a equipa.
 Dimensões associadas: Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados;

Atividade n.º 2

Identificação: Encaminhamento dos utentes para o profissional de saúde adequado
 Definição do processo: Após rastreios e/ou consultas de enfermagem é realizado o encaminhamento através dos meios de comunicação interna
 Resultado esperado: Resposta atempada a todas as solicitações.
 Dimensões associadas: Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados; Acesso;

Atividade n.º 3

Identificação: Reestruturação sistemática das atividades
 Definição do processo: Reuniões mensais para análise das atividades desenvolvidas. Monitorização, análise, discussão e implementação de medidas corretivas.
 Resultado esperado: Adequação das atividades às necessidades. Melhoria na articulação entre os profissionais e nos cuidados prestados.
 Dimensões associadas: Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados; Acesso;

Atividade n.º 4

Identificação: Nomeação de enfermeiro responsável pelos registos
 Definição do processo: Elaboração das normas de registos
 Resultado esperado: Uniformização, eficiência e eficácia dos registos
 Dimensões associadas: Acesso; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados;

Segurança

18-06-2018 10:56

18

| Cronograma | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | 2019 | 2020 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|
| Atividade 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 5 | | | | | | | | | | | | | | |

Atividade n.º 1

Discussão de Boas Práticas do Atendimento aos utentes, com vista a futura elaboração de Manual de Boas Práticas

Dimensões associadas: Segurança de Utentes; Segurança de Profissionais; Gestão do Risco;

Atividade n.º 2

Criação de normas de procedimentos

Dimensões associadas: Segurança de Utentes; Segurança de Profissionais; Gestão do Risco;

Atividade n.º 3

Realização de Sessão Formativa sobre Normas de boas práticas na prevenção e controlo de infeção

Dimensões associadas: Segurança de Utentes; Segurança de Profissionais; Gestão do Risco;

Atividade n.º 4

Revisão do Manual de higienização da Viatura

Dimensões associadas: Segurança de Utentes; Segurança de Profissionais; Gestão do Risco;

Atividade n.º 5

Implementação do questionário de satisfação dos profissionais elaborado pela ACSS e pelo CEISUC.

Dimensões associadas: Segurança de Profissionais;

Centralidade no Cidadão

| Cronograma | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | 2019 | 2020 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|
| Atividade 1 | | | | | | | | | | | | | | |

Atividade n.º 1

Discussão de casos clínicos em Equipa Multidisciplinar

Dimensões associadas: Centralidade no Cidadão;

Formação Profissional

18-06-2018 10:56

19

Formação Interna

| Cronograma | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | 2019 | 2020 |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|
| Atividade 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 11 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 13 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 14 | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade 15 | | | | | | | | | | | | | | |

Atividade n.º 1

Título: Apresentação Norma da Algáliação

Formador: Clara Lourenço, Fátima Pires, Maria Dolores, Perpetua Serrano

Destinatários: Equipa Multidisciplinar da UCC Almored, Equipa Multidisciplinar da USF Remo e Assistentes operacionais

Localização: Sala de reuniões Centro de saúde de Reguengos de Monsaraz

Descrição: Orientar a equipa de enfermagem para a técnica correta de algáliação no domicílio de forma a reduzir a taxa de infeção associada. Normalizar procedimentos.

Dimensões associadas: Formação da Equipa Multiprofissional; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados;

Atividade n.º 2

Título: Cuidados com o doente colostomizado: Normas e procedimentos

Formador: Anabela Gaspar, Anabela Batista, Clara Lourenço, Susana Capucho

Destinatários: Equipa Multidisciplinar da UCC Almored, Equipa Multidisciplinar da USF Remo e Assistentes operacionais

Localização: Sala de reuniões Centro de saúde de Reguengos de Monsaraz

Descrição: Promover a continuidade dos cuidados de estomaterapia iniciados no internamento, com apoio personalizado da equipa de enfermagem, visando a promoção da qualidade de vida dos doentes ostomizados e a criação de condições, com base nos padrões de qualidade, para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem nesta área. Uniformizar procedimentos.

Dimensões associadas: Formação da Equipa Multiprofissional; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados;

Atividade n.º 3

18-06-2018 10:56

20

Título: Alimentação do doente Oncológico

Formador: Anabela Gaspar, Clara Lourenço, Perpetua Serrano, Susana Capucho

Destinatários: Equipa Multidisciplinar da UCC Almored, Equipa Multidisciplinar da USF Remo e Assistentes operacionais

Localização: Sala de reuniões Centro de saúde de Reguengos de Monsaraz

Descrição: Conselhos alimentares para ajudar durante o tratamento. Conselhos para minimizar os efeitos secundários do tratamento, ajudar a sentir-se melhor, a manter a força e energia, a manter um peso desejável e reservas nutricionais, baixar o risco de infeção, recuperar mais rápido.

Dimensões associadas: Formação da Equipa Multiprofissional; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados;

Atividade n.º 4

Título: Testamento Vital

Formador: Fátima Pires, Maria Dolores, Marta Moleiro, Nuno Lima

Destinatários: Equipa Multidisciplinar da UCC Almored, Equipa Multidisciplinar da USF Remo e Assistentes operacionais

Localização: Sala de reuniões Centro de saúde de Reguengos de Monsaraz

Descrição: Transmitir e aprofundar conhecimentos de forma a garantir que os doentes só recebam tratamentos aos quais deram autorização.

Dimensões associadas: Formação da Equipa Multiprofissional; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados;

Atividade n.º 5

Título: Cantinho da Amamentação

Formador: Clara Lourenço

Destinatários: Equipa Multidisciplinar da UCC Almored, Equipa Multidisciplinar da USF Remo, Assistentes operacionais e todos os funcionários em exercício de funções no Centro de Saúde

Localização: Sala de reuniões Centro de saúde de Reguengos de Monsaraz

Descrição: Apresentação de normas e procedimentos do "Cantinho da Amamentação".

Dimensões associadas: Criança e Adolescência; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados; Formação da Equipa Multiprofissional;

Atividade n.º 6

Título: Cuidados Paliativos

Formador: Perpetua Serrano

Destinatários: Equipa Multidisciplinar da UCC Almored, Equipa Multidisciplinar da USF Remo, Assistentes operacionais e todos os funcionários em exercício de funções no Centro de Saúde

Localização: Sala de reuniões Centro de saúde de Reguengos de Monsaraz

Descrição: Transmitir conhecimentos adquiridos no Curso de Cuidados Paliativos que possam contribuir para o desenvolvimento de competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, bem como a sua família grupo social de pertença, maximizando a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em colaboração com a restante equipa.

Dimensões associadas: Doença Crónica; Serviços de Carácter Assistencial; Formação da Equipa Multiprofissional; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados;

Atividade n.º 7

18-06-2018 10:56

21

Título: Apresentação da Norma de terapêutica Subcutânea

Formador: Fátima Pires, Maria Dolores, Perpetua Serrano, Susana Capucho

Destinatários: Equipa Multidisciplinar da UCC Almoreg, Equipa Multidisciplinar da USF Remo

Localização: Sala de reuniões Centro de saúde de Reguengos de Monsaraz

Descrição: Orientar a equipe de enfermagem quanto a técnica de punção e o cuidado com Hipodermóclise normalizando procedimentos.

Dimensões associadas: Doença Crónica; ECCI; Serviços de Carácter Assistencial; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados; Formação da Equipa Multiprofissional;

Atividade n.º 8

Título: Apresentação da Norma de Entubação Naso-gástrica

Formador: Anabela Batista, Fátima Pires, Maria Dolores, Susana Capucho

Destinatários: Enfermeiros UCC Almoreg e USF Remo

Localização: Sala de reuniões Centro de saúde de Reguengos de Monsaraz

Descrição: Orientar a equipa de enfermagem para a técnica correta de entubação naso-gástrica no domicílio. Normalizar procedimentos. Promover o auto cuidado.

Dimensões associadas: Formação da Equipa Multiprofissional; Doença Crónica; ECCI; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados;

Atividade n.º 9

Título: Planeamento de alta

Formador: Clara Lourenço, Fátima Pires, Maria Dolores, Susana Capucho

Destinatários: Equipa multidisciplinar da UCC Almoreg e Equipa Multidisciplinar da USF Remo

Localização: Sala de reuniões do centro de saúde de reguengos de Monsaraz

Descrição: Assegurar a continuidade dos cuidados. Contribuir para que a família seja capaz de desenvolver ações necessárias, para dar prosseguimento ao tratamento iniciado. Capacitar a família com habilidades de manutenção ou melhoria do estado de saúde. Uniformizar procedimentos.

Dimensões associadas: ECCI; Saúde do Idoso; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados; Formação da Equipa Multiprofissional;

Atividade n.º 10

Título: Cuidados com os pés em utentes dependentes e acamados

Formador: Anabela Batista, Fátima Pires, Maria Dolores, Perpetua Serrano

Destinatários: Equipa multidisciplinar da UCC Almoreg. Equipa Multidisciplinar da USF Remo. Assistentes Operacionais

Localização: Sala de Reuniões - Centro de saúde de Reguengos de Monsaraz

Descrição: Melhoria dos cuidados prestados. Aquisição de conhecimentos. Uniformização de procedimentos.

Dimensões associadas: Saúde do Idoso; ECCI; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados; Formação da Equipa Multiprofissional;

Atividade n.º 11

18-06-2018 10:56

22

Título: Curso de Promotores de Aleitamento Materno

Formador: Teresa Felix, Isabel Reinaldo

Destinatários: Clara Lourenço, Fátima Pires, Marília Lourenço e Angélica Pastor

Localização: Évora

Descrição: Curso promovido pela APF e pela SOS amamentação. As enfermeiras das 3 unidades formam gentilmente patrocinadas pela Câmara de Reguengos de Monsaraz e Mourão.

Dimensões associadas: Formação da Equipa Multiprofissional; Criança e Adolescência; Saúde Reprodutiva; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados;

Atividade n.º 12

Título: Curso de Violência Doméstica

Formador: ARSA

Destinatários: Fátima Pires, Marta Moleiro

Localização: Évora

Descrição: Formação no âmbito da criação dos Núcleos.

Dimensões associadas: Equipa de Prevenção da Violência em Adultos; Saúde do Adulto; Formação da Equipa Multiprofissional; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados;

Atividade n.º 13

Título: Práticas alimentares saudáveis VS atividade física

Formador: ARSA

Destinatários: Susana Capucho

Localização: Évora

Descrição: Formação destinada à equipa de Saúde Escolar sobre práticas alimentares saudáveis e exercício físico.

Dimensões associadas: Saúde Escolar; Criança e Adolescência; Formação da Equipa Multiprofissional; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados;

Atividade n.º 14

Título: Elaboração do Manual de Acolhimento de alunos de enfermagem

Formador: Coordenadora UC

Destinatários: Alunos de enfermagem

Localização: Edifício / sede UCC Almogres

Descrição: Normas e procedimentos de integração e aprendizagem na UCC.

Dimensões associadas: Formação de Internos e Alunos; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados;

Atividade n.º 15

18-06-2018 10:56

23

Título: Elaboração de Manual de Procedimentos do Cantinho de Amamentação

Formador: Clara Lourenço

Destinatários: Equipa multidisciplinar da UCC Almogeg e Equipa Multidisciplinar da USF Remo

Localização: Sala de reuniões do Centro de Saúde

Descrição: Apresentação do manual de procedimentos do cantinho da amamentação com o objetivo de normalizar e melhorar os cuidados prestados.

Dimensões associadas: Saúde Reprodutiva; Satisfação de Utentes; Serviços de Carácter Assistencial; Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados;

Formação Externa

| Cronograma | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | 2019 | 2020 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|

Atividade Científica

Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências

Sem Atividades

Trabalhos de Investigação

| Cronograma | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | 2019 | 2020 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|
| Atividade 1 | | | | | | | | | | | | | | |

Atividade n.º 1

Projeto Pipoca

Dimensões associadas: Trabalhos de Investigação;

18-06-2018 10:58

24

5. Plano de Formação

Identificação das necessidades formativas

- Melhoria Contínua dos cuidados prestados.(Elaboração de manual de gestão)
- Aleitamento materno.
- Cuidados Paliativos.

Metodologia de Avaliação

| | |
|--|------|
| % Reuniões Formativas/ Total das Reuniões: | 90.0 |
| % Ações de formação realizadas/ total das ações de formação programadas: | 90.0 |
| % Profissionais envolvidos por cada grupo profissional: | 80.0 |
| % Formações externas partilhadas em reunião/ total formações externas frequentada: | 80.0 |

18-06-2018 10:56
25

6. Especificações do Compromisso Assistencial

O Compromisso Assistencial agora contratualizado inclui, adicionalmente:

- A UCC deve assegurar respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida;
- A UCC deverá definir e implementar um Plano de Auditoria Interna (PAI), baseado numa linha de orientação comum organizacional e clínica, desencadeando, assim, um processo de autoavaliação que tem por objetivo atingir a acreditação. O referido plano deverá ser construído com o apoio do Conselho Clínico e de Saúde no âmbito do processo de acompanhamento da UCC, ficando o Conselho Clínico de Saúde responsável pela validação e verificação da concretização do mesmo.

18-06-2018 10:58

26

7. Recursos

Recursos humanos

Carteiras de serviço

Sem Recursos

Profissionais

| Área Assistencial | Período | Frequência | Hr. Sem. Ativ. | MF | EF | SC | Total Horas | Fundamentação |
|-------------------|----------------|------------|----------------|----|----|----|-------------|--|
| Carteira Básica | Dias Semana | 5x Semana | 6 | 6 | 0 | 0 | 6.0 | Médico com formação em cuidados paliativos- Necessidade sentida pela equipa , pelos utentes e seus cuidadosres |
| Outros | Fins-de-Semana | Outra | 11 | 0 | 0 | 0 | 0.0 | Necessidade de apoio da assistente operacional para colaboração nos cuidados domiciliários aos fins-de-semana, feriados e para higienização diária da viatura. |

Recursos Físicos

Comunicações

| Descrição | Qt. | Valor | Subáreas | Dimensões | Fundamentação |
|-----------|-----|-------|--|--|--|
| Viatura | 1 | | Acesso, Intervenção Comunitária, Gestão da Doença, Gestão da Saúde, Serviços de Carácter Assistencial, Melhoria Contínua da Qualidade, Segurança | Cobertura ou Utilização, Distribuição da Atividade, ECCL, Saúde Escolar, Intervenção Precoce, Comissão de Proteção de Jovens em Risco, Rede Social, Núcleo Local de Inserção, Tempos Máximos de Resposta Garantidos, Saúde do Idoso, Saúde do Adulto, Criança e Adolescência, Reabilitação, Abordagem Paliativa, Satisfação de Utentes | Dispersão geográfica agravada pelo constrangimento da área de abrangência envolver dois concelhos. |

Sistemas de informação

Sem Recursos

Amenidades

Sem Recursos

Equipamento Clínico

Sem Recursos

Outros

18-06-2018 10:56

27

| Descrição | Qt. | Valor | Subáreas | Dimensões | Fundamentação |
|---|-----|-------|---|--|--|
| Espaço físico para ampliar instalações da UCC | 1 | | Serviços de Carácter Assistencial, Melhoria Contínua da Qualidade | Acesso, Segurança de Profissionais, Segurança de Utentes | O espaço físico da UCC é muito pequeno para as atividades que desenvolvemos e para garantir a privacidade e seguranças dos profissionais e utentes |
| Veículo automovel | 1 | | Serviços de Carácter Assistencial, Acesso, Gestão da Saúde, Melhoria Contínua da Qualidade, Intervenção Comunitária | ECCI | Area geográfica muito grande. Bastantes actividades na comunidade, 20 utentes em ECCI, muitos projetos comunitarios e parcerias |

Obras

Obras

| Descrição | Qt. | Valor | Subáreas | Dimensões | Fundamentação |
|-----------------------------------|-----|-------|---|---------------------|--|
| Ampliação do espaço físico da ucc | 0 | | Acesso, Intervenção Comunitária, Serviços de Carácter Assistencial, Serviços de Carácter não Assistencial | Saúde Escolar, ECCI | O espaço físico da UCC é muito pequeno para as atividades que desenvolvemos e para garantir a privacidade e seguranças dos profissionais e utentes |

Formação

Formação

| Descrição | Qt. | Valor | Subáreas | Dimensões | Fundamentação |
|---------------------|-----|-------|--|---|--|
| Aleitamento Materno | 2 | 2000 | Intervenção Comunitária, Serviços de Carácter Assistencial, Formação Interna | Cobertura ou Utilização, Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados | Para criação da Unidades Amigas do Bebê é necessário que a equipa tenha formação nesta área em 80%, para que seja efetuada a certificação. |

18-06-2018 10:58

28

8. Proposta de aplicação dos Incentivos institucionais

Qualidade Total: 0 €

| Descrição | Qt. | Valor | Observações |
|-----------|-----|-------|-------------|
| | 1 | 0 | |

Documentos Técnicos Total: 4610 €

| Descrição | Qt. | Valor | Observações |
|---|-----|-------|--|
| Projetor | 1 | 300 | Material necessário para promoção da Saúde prevenção da Doença |
| Maquina fotográfica | 1 | 300 | Material necessário para registo das atividades realizadas para cumprimento do plano de ação |
| Computador portatil | 1 | 1000 | Material necessário para promoção da Saúde prevenção da Doença |
| Coluna de som | 1 | 40 | Material necessário para promoção da Saúde prevenção da Doença |
| Aspirador de secreções portatil | 1 | 100 | Material necessário para prestação de cuidados |
| Bala Portatil de oxigenio | 1 | 400 | necessário para prestação de cuidados |
| Monitor cardio respiratório portatil | 1 | 1500 | necessário para prestação de cuidados |
| Sacos de domicilio | 2 | 200 | necessário para prestação de cuidados |
| Esfingnómanometro | 2 | 80 | necessário para prestação de cuidados |
| Réguas de 15 cm para medição de feridas | 10 | 30 | necessário para prestação de cuidados |
| Doppler materno-fetal | 1 | 90 | necessário para prestação de cuidados |
| copos de aleitamento materno | 1 | 20 | Incentivo à amamentação exclusiva até aos 6 meses |

Formação Total: 2000 €

| Descrição | Qt. | Valor | Observações |
|---------------------|-----|-------|---|
| Aleitamento Materno | 1 | 2000 | Para criação das Unidades Amigas dos Bebés é necessário numa das sete medidas para a sua implementação que 80% de toda a equipa das unidades sejam detentoras de formação na área |

Investigação Total: 2000 €

| Descrição | Qt. | Valor | Observações |
|---|-----|-------|---|
| Trabalho de Investigação e intervenção - Projeto Pipoca | 1 | 2000 | Projeto Pipoca no âmbito da alimentação saudável que envolve crianças do JI e 1º Ciclo da área de abrangência da UCC. |

Amenidades Total: 3000 €

| Descrição | Qt. | Valor | Observações |
|--|-----|-------|--|
| Obras de melhoria das condições físicas da UCC | 1 | 3000 | O espaço físico da UCC é insuficiente para quer a equipa quer os utentes se sintam confortáveis. Não existe um espaço para consulta e aconselhamento de utentes e famílias. Não existe um espaço para realização e planificação de atividades. |

Acreditação Total: 2000 €

18-06-2018 10:56

29

| Descrição | Qt. | Valor | Observações |
|-----------------------------------|-----|-------|--|
| UCC Almoreg , unidades acreditada | 1 | 2000 | A UCC Almoreg tem uma equipa com grande capacidade de trabalho e vontade de fazer coisas novas e melhores pelo que gostaria muito de lhe ser proporcionada a opção da UCC ser a primeira unidade certificada do ACES Alentejo Central. |

18-06-2018 10:56
30

9. Anexos

(Documentos não disponíveis no PAUF)

18-06-2018 10:56
31

9.1 Manual de Articulação

18-06-2018 10:56

9.2 Declaração de Incompatibilidades (USF-B)

18-06-2018 10:56

ANEXO II – Membro do Comité para o ACES Amigo dos Bebés

Enfermeiros a integrar o comité “ACES Amigos dos Bebés”

| Nome | Especialidade | Unidade Funcional |
|---------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Cláudia Sofia Dias Mateus | Saúde Infantil e Pediatria | UCSP Vendas Novas |
| Lara Gato | Saúde Infantil e Pediatria | UCC Vila Viçosa |
| Ana Rainho | Saúde Materna e Obstétrica | UCC Redondo |
| Paula Cristina Bilro | Saúde Materna e Obstétrica | USF Alcaides- Montemor |
| Natália Pereira | Saúde Materna e Obstétrica | USF Foral - Montemor |
| Ana Mourato Murcela | Saúde Materna e Obstétrica | UCSP Portel |
| Clara Lourenço | Saúde Materna e Obstétrica | UCC Almoreg – Reguengos |
| Maria Jesus Laranjo | Saúde Materna e Obstétrica | UCC Vendas Novas |

Mostrou também interesse a enf Marta Isabel Oliveira, frequentar a especialidade de saúde Infantil e Pediátrica quando do término da formação.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Estágio



Projeto de Estágio - Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno em Contexto de Cui (Linha de comandos)

APÊNDICE II – Regulamento Interno da UCC



Regulamento Interno



**Unidade de Cuidados na Comunidade
Reguengos de Monsaraz/Mourão**

Junho de 2018

1

0-INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Regulamento pretende dar resposta ao disposto no Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, quanto aos princípios orientadores da organização e do funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A metodologia da sua elaboração antecedeu a consulta da Proposta de Regulamento Interno, o Documento de suporte à implementação das UCC, da Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Coube à coordenadora da UCC a dinamização do processo interno de discussão da proposta de regulamento interno que foi disponibilizada a toda a equipa, para alterações e sugestões à sua elaboração.

O Regulamento Interno aplica-se a todos os profissionais da equipa de trabalho da UCC, independentemente do vínculo laboral estabelecido com a entidade de tutela. Assim, as normas de organização e funcionamento a ele inerentes, aplicam-se a todos os profissionais da equipa, complementando os princípios gerais de direitos e deveres contidos nas Leis do Trabalho e as Normas vigentes no Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central (ACES AC).

Capítulo I

Identificação, Equipa, Área Geográfica, Utentes e Âmbito de Intervenção

Artigo 1º

Identificação da UCC

1. A UCC Almoreg é uma unidade funcional do ACES Alentejo Central, que por sua vez é parte integrante da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA, IP).

2. A UCC tem a sua sede em Reguengos de Monsaraz, nas instalações do Centro de Saúde.

| Morada | Telefones | Correio electrónico |
|---|-----------|--|
| Rua Dr. Jacinto Fernandes Palma nº 2 7200- 372 – Reguengos de Monsaraz | 266509152 | ucc.almoreg@alentejocentral.min- saude.pt |
| | 266503072 | |
| | 969352920 | |

Artigo 2º

Equipa

1. O desenvolvimento da missão da UCC, só se afigura possível com base na articulação entre as diferentes unidades funcionais do ACES AC, nomeadamente a Unidade de Saúde Familiar Remo, Unidade de Recursos Partilhados (URAP) e a Unidade de Saúde Pública (USP). Esta equipa divide-se em dois grupos, os que prestam 35 horas semanais nas atividades da UCC, e os que pertencendo a outras unidades do ACES, cedem parte do seu tempo a esta unidade. Ao conjunto dos profissionais que afetam a maior parte, ou a totalidade do seu horário à UCC, designámos por Núcleo; aos que pertencem a outras unidades e/ou equipas, mas partilham o seu horário com esta unidade, designámos por Colaboradores.
2. A eficiência das respostas da UCC e da consecução dos objetivos e metas contratualizados assentará na complementaridade de saberes e na multidisciplinaridade da sua equipa, Desta forma, consideramos necessário que a UCC conte com outros profissionais:
 - a. Assistente Social;
 - b. Fisioterapeuta;
 - c. Psicólogo;

- d. Nutricionista;
 - e. Assistente Técnico;
 - f. Médico;
 - g. Assistente Operacional.
- Estes dois últimos não existentes

3. Identificação dos Profissionais que compõem a UCC

3.1 Identificação do Núcleo

| Nome | Área Profissional | Horas | Vínculo |
|--|-------------------|-------|---------|
| Anabela Martins Batista | Enfermagem**** | 35 | CTI |
| Maria Clara Natário Lourenço | Enfermagem* | 35 | CTI |
| Maria Delfina Franco Vieira Charrua Paixão | Administrativa | 35 | CTI |
| Maria Dolores Mayorga Huertas | Enfermagem | 35 | CTI |
| Maria de Fátima dos Santos Pires | Enfermagem** | 35 | CTI |
| Maria Perpetua Serrano | Enfermagem | 35 | CTI |
| Susana Cristina Salgueiro Castor capucho | Enfermagem*** | 35 | CTI |

* Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e mestranda do ultimo semestre em Enfermagem de Gestão de Unidades de Saúde

** Enfermeira Mestre em Enfermagem de Gestão de Unidades de Saúde

*** Enfermeira Mestre em Enfermagem Comunitária

**** Enfermeira mestranda do 1º semestre de Enfermagem de Reabilitação

Coordenadora da Equipa:

Maria Clara Natário Lourenço

mclara.lourenco@alentejocentral.min-saude.pt

3.2 Identificação dos colaboradores

| Nome | Área profissional | Horas | Vínculo |
|----------------|-------------------|-------|-----------------------|
| Amídia Quintas | Fisioterapia | 6 | CTI//Câmara Municipal |

| | | | |
|----------------|----------------------|---|-------------------------------------|
| Anabela Gaspar | Dietética e nutrição | 3 | Contrato de Avença/Câmara Municipal |
| Marta Moleiro | Psicologia | 6 | Contrato de Avença/ARS Alentejo |
| Nuno Lima | Assistente Social | 7 | CTI |

Artigo 3º

Área Geográfica de Abrangência

1. A UCC Almoredg tem uma área da atuação que coincide com a totalidade da área do Concelho de Reguengos de Monsaraz e de Mourão. O Concelho de Reguengos de Monsaraz pertence ao Distrito de Évora e localiza-se na Região Alentejo, no Sul de Portugal. É confinado a Norte pelos Concelhos de Redondo e Alandroal, a Este pelo concelho de Mourão, a Sul pelos concelhos de Moura e Portel e a Oeste pelos concelhos de Évora e parte do de Portel. O seu limite a Sudeste é banhado pela albufeira de Alqueva, numa extensão de 200 km².

O Concelho abrange uma área de cerca de 462,22 Km² e é composto por 5 freguesias e correspondentes aglomerados, a freguesia mais urbana é a de Reguengos de Monsaraz abrangendo uma área de 99 km², sendo que a freguesia rural que ocupa maior território é a freguesia de Campo com uma área de 129,41 km².

Mourão é uma vila, no Distrito de Évora, uma região do Alentejo Central, denominada Margem Esquerda (do Rio Guadiana). O município é limitado a norte pelo município do Alandroal, a leste pela Espanha, a sueste por Barrancos, a sul por Moura e a oeste por Reguengos de Monsaraz. É sede de um município com 278,5 km² de área, 12 hab/ km², subdividido em 3 freguesias: a Mourão (sede de concelho), Granja e Luz.

Artigo 4º

Âmbito de Intervenção

1. A atividade da UCC Almoredg desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica em articulação com as outras unidades funcionais do ACES AC, recorrendo parcerias e protocolos interinstitucionais e intersectoriais, fundamentais ao cumprimento da sua missão.
2. A UCC tem uma intervenção de âmbito comunitário e de base populacional.

O Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz e Mourão tem 14976 (Fonte RNU - 2015) utentes inscritos, o que ultrapassa o número total de habitantes do concelho, sendo os seus serviços procurados também pela população residente em localidades dos municípios limítrofes, devido à proximidade geográfica.

Capítulo II

A Missão, Valores e Visão

Artigo 5º

Missão

É missão da UCC contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, através de ganhos em saúde, concorrendo para de forma directa para o cumprimento da missão do ACES AC.

É missão da UCC de Almoredg, prestar cuidados de saúde, sociais e de apoio psicológico particularmente a pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de risco ou dependência física, funcional ou de doença que requeira cuidados de proximidade, em contexto domiciliário e comunitário, actuando também na educação para a saúde, integrando redes de apoio à família, defendendo a qualidade e a continuidade desses cuidados.

Artigo 6º

Valores

1. Destacamos de entre os valores e princípios que norteiam o cumprimento da missão da UCC, na sua resposta de proximidade às necessidades identificadas:
 - a. O respeito pela individualidade do utente (crenças, raça, género, ...);
 - b. A promoção da sua autonomia;
 - c. O reconhecimento de que a Saúde Individual é da responsabilidade do utente e integra o seu projecto de saúde;
 - d. A cooperação e o trabalho de equipa;
 - e. A articulação com as outras unidades funcionais do Centro de Saúde de Arraiolos e do ACES AC;
 - f. As parcerias comunitárias;
 - g. A autonomia funcional e técnica;
 - h. A avaliação continua e a gestão participada como promotora de motivação e satisfação profissional;
 - i. A intersubstituição nas atividades prioritárias.

Artigo 7º

Visão

Através de um esforço contínuo e sustentado aspiramos atingir: os Padrões de Qualidade standardizados, o reconhecimento da comunidade e dos profissionais e, potencialmente, vir a ser uma referência na área dos Cuidados de Saúde Primários, a nível regional, enquanto entidade promotora de saúde.

Capítulo III

Estrutura Orgânica e seu Funcionamento

Artigo 8º

Estrutura Orgânica

1.A estrutura orgânica da UCC é constituída pelo Coordenador e pelo Conselho Geral (CG).

Artigo 9º

Coordenação e Competências

1. A designação da coordenadora resultou de proposta voluntária apresentada em candidatura formulada pela equipa, a qual foi aceite pela ARSA, IP, após audição do “Director Executivo do ACES AC e do Conselho Clínico. Conforme o disposto no número 1, alínea b) do artigo 15º do Decreto-Lei 28/2008 a coordenadora da UCC posiciona-se entre enfermeiros com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e detém experiência efetiva na respectiva área profissional.
 - a. A coordenadora da UCC Almoreg é a Enfermeira Clara Lourenço;
 - b. A substituição nas suas ausências e impedimentos é garantida pelo profissional de enfermagem que for por si designado para o efeito;
 - c. A designação do profissional substituto deve ser comunicada aos profissionais da UCC, bem como ao Director Executivo e Conselho Clínico, com antecedência mínima de 24 horas.
2. O regime de exercício e de cessação de funções da coordenadora da UCC são os previstos nos artigos 16º e 17º do Decreto-Lei 28/2008.
3. As competências próprias da coordenadora desta UCC, de acordo com o definido no número 2, do artigo 14º do Decreto-Lei 28/2008 são:
 - a. Programar as actividades da unidade, elaborando o “Plano Anual de Ação” com a respectiva dotação orçamental previsional;
 - b. Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a inter-cooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACES;
 - c. Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;
 - d. Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas na prescrição e a observância das mesmas;
 - e. Elaborar o regulamento interno da unidade e propô-lo, para aprovação, ao Director Executivo;
 - f. Elaborar o relatório anual de atividades;
 - g. Representar a unidade perante o Director Executivo.

4. As competências delegadas e subdelegadas da coordenadora da UCC serão objecto de Despacho do Director Executivo após audição do Conselho Clínico.

Artigo 10º

Conselho Geral

1. O Conselho Geral é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional.
2. São competências do Conselho Geral:
 - a. Colaborar na elaboração do regulamento interno, da carta da qualidade, do plano de ação, do relatório de atividades e do regulamento de distribuição dos incentivos institucionais, bem como pronunciar-se sobre as propostas finais a apresentar ao Diretor Executivo;
 - b. Colaborar na elaboração da carta de compromisso bem como pronunciar-se sobre as propostas finais a apresentar ao Diretor Executivo;
 - c. Zelar pelo cumprimento do regulamento interno, da carta de qualidade e do plano de ação;
 - d. Pronunciar-se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afectos e disponibilizados à UCC;
 - e. Pronunciar-se quando está em causa outra questão relevante para o normal funcionamento da UCC.
3. As deliberações relativas às competências referidas no número anterior são tomadas por maioria simples dos elementos presentes na reunião.
4. O Conselho Geral reúne, pelo menos, semestralmente, ou mediante convocatória da coordenadora da UCC ou a pedido de metade dos seus elementos:
 - a. Em caso de solicitação da reunião extraordinária, da mesma deverá constar a fundamentação do pedido, bem como, a sugestão de dia e hora de realização;
 - b. A convocatória da reunião ordinária, efetuada por qualquer meio de comunicação escrita, deve ser feita com a antecedência mínima de

- duas semanas e com antecedência mínima de quarenta e oito horas sobre a data de reunião extraordinária;
- c. Quaisquer alterações ao dia, hora ou local de realização fixados para as reuniões devem ser comunicados a todos os membros do Conselho Geral, de forma a garantir o seu conhecimento seguro e oportuno;
 - d. Cabe à Coordenadora da UCC, além de outras funções que lhe sejam atribuídas, abrir e encerrar as reuniões, dirigir os trabalhos e assegurar o cumprimento das leis e a regularidade das deliberações;
 - e. As reuniões do Conselho Geral serão acompanhadas, sempre que a Coordenadora da UCC considere necessário, por um secretário que redigirá a acta;
 - f. De cada reunião será lavrada acta, que conterá um resumo de tudo o que nela tiver ocorrido, indicando, designadamente, a data e o local da reunião, os membros presentes, os assuntos apreciados, as deliberações tomadas e o resultado das respectivas votações;
 - g. As actas serão lavradas pelo secretário e postas à aprovação de todos os membros, com a assinatura da mesma, no final da respectiva reunião ou no início da seguinte.

Artigo 11º

Organização e Cooperação Interdisciplinar

1. A UCC Almogeg é composta por uma equipa multidisciplinar que desenvolve a sua atividade organizada segundo uma lógica matricial de intervenções comunitárias (Programas/Projectos).
2. O trabalho em equipa multidisciplinar exige cooperação e comunicação entre todos os seus membros para que seja eficiente. As principais estratégias de desenvolvimento são:
 - a. Reunião bimensal;
 - b. Participação da coordenadora, ou de quem a mesma designar, em reuniões de trabalho agendadas por outras unidades funcionais, pelo ACES AC, ou pela ARSA, IP;
 - c. Avaliação de situações prementes de forma atempada e com os elementos envolvidos;

- d. Divulgação da informação para os endereços electrónicos dos profissionais de saúde;
- e. Divulgação de outra informação com protocolo para conhecimento dos profissionais;
- f. Existência de um dossier para divulgação de trabalhos científicos;
- g. Existência de placar com divulgação da Formação Continua;
- h. Aposta no treino adequado dos diferentes elementos da equipa e apoio/encorajamento de atividades que promovam e desenvolvam a autonomia e a auto-responsabilização;
- i. Implementação de normas de serviço e estratégias de actuação que promovam a qualidade e a acessibilidade, após discussão e aprovação do ACES AC.

Artigo 12º

Áreas de actuação dos diferentes grupos profissionais

Capítulo IV

Compromisso Assistencial

Artigo 13º

Horário de funcionamento

A UCC Almored funciona nos dias úteis entre as 9:00H e as 16:00H horas, no entanto, a Equipa de Cuidados continuados Integrados – ECCI, tem um horário alargado e funcionará das 8:00H às 20:00H horas nos dias úteis e nos fins-de-semana e feriados entre as 9:00H e as 16:00H. Considera-se ainda a hipótese de chamada ou de atendimento telefónico para além do horário previsto nos casos de cuidados paliativos.

Artigo 14º

Definição da Oferta de Serviços

A UCC Almored tem a definição da Oferta de Serviços definida por programas/projectos, de acordo com o descrito no Plano de Acção

Artigo 15º

Marcação e orientação

1. A marcação das atividades por iniciativa do utente poderá ser efetuada presencialmente com qualquer elemento da UCC ou telefonicamente no horário da ECCI.
2. O agendamento tem em consideração a necessária de articulação entre as atividades dos diferentes grupos profissionais.
3. O profissional tem de informar o utente da data e hora aproximada da atividade, solicitando que o utente esteja presente nas instalações de cada actividade 15 minutos antes da hora prevista. A marcação de utentes para além das vagas existentes só pode ser efetuada se for autorizada pelo responsável dos diferentes programas /atividades a desenvolver.

Artigo 16º

Serviços Mínimos e Intersubstituição

1. Consideram-se serviços mínimos apenas aqueles que quando não prestados podem por em risco a vida e/ou a integridade física do utente. Na intervenção da UCC, os serviços mínimos são:
 - a. A visitação domiciliária de enfermagem para tratamentos de carácter inadiável;
 - b. A Visitação domiciliária de enfermagem para ações paliativas em cuidados continuados integrados;
2. Em todas as outras atividades, as intervenções a assegurar serão determinadas pelas seguintes regras:
 - a. A inter-substituição acontecerá preferencialmente dentro de cada grupo profissional, ou entre grupos profissionais se a especificidade da intervenção o permitir.
 - b. Poderá ser necessário proceder a novo agendamento.
 - c. Só se procederá a novo agendamento de uma actividade, quando o mesmo for possível dentro das duas semanas imediatamente a seguir à ausência e se isso não implicar uma realização extemporânea.

- d. Caso não possam cumprir-se estes pressupostos, a actividade será cancelada. Na intersubstituição será respeitada a legislação em vigor.

Artigo 17º

Comunicação com os Utentes

1. O atendimento por parte de todos os profissionais da UCC será prestado no respeito pelos deveres éticos e deontológicos que regem as suas profissões bem como, pelos deveres inerentes à sua condição de servidores públicos e às regras de funcionamento instituídas.
2. Ao efetuar a inscrição e atendimento dos utentes o profissional da área administrativa tem de acautelar o rigoroso preenchimento dos dados administrativos e fornecer toda a informação solicitada pelo utente.
3. Todos os colaboradores da UCC podem ser contactados via telefone, por correio, por email, ou pessoalmente durante o seu horário de trabalho na UCC.
 - a. Estas vias de comunicação com os utentes são extensivas à articulação com os parceiros sociais.
4. A comunicação/divulgação da atividade da UCC (Programação ou resultados), com utentes e parceiros pode também contemplar outras formas de comunicação institucional, correio electrónico, portal do ACES AC na Internet, Pagina Web da ARS Alentejo, IP e folhetos informativos (definidos e partilhados em sede de agrupamento).

Artigo 18º

Articulação com as outras unidades funcionais do ACES

1. Articulação com a USF Remo: A articulação deve efetuar-se em reuniões programadas ou encontros ocasionais com a presença dos respectivos coordenadores caso a urgência/gravidade da situação o exijam.
2. A continuidade dos cuidados nas diferentes Unidades deve ser garantida esgotando a capacidade instalada de cada Unidade e dentro de cada grupo profissional, nomeadamente nas situações em que houver necessidade de inter substituição.

Artigo 19º

Avaliação, monitorização e divulgação de resultados

1. A monitorização e avaliação da UCC são uma obrigação do ACES AC, num processo global de avaliação de todas as suas unidades funcionais.
2. A UCC divulgará periodicamente, de acordo com o definido pelo ACES AC, em local público e visível em todas as suas unidades os dados relativos à sua atividade.
3. Poderão ainda ser disponibilizados aos profissionais e aos cidadãos, por diversas vias, informações mais detalhadas sobre a actividade da UCC.

Capítulo V

Formação e Compromisso para a Qualidade

Artigo 20º

Formação Continua

1. A UCC Almored promove e estimula a formação pré e pós-graduada dos seus profissionais através da facilitação e adequação do seu funcionamento às exigências que essa formação acarreta para os profissionais.
2. O levantamento das necessidades formativas dos profissionais da UCC de Almored será efectuado perante a iniciativa da coordenadora e também no âmbito das atividades do Núcleo de Formação da ARSA, IP.
3. As Comissões Gratuitas de Serviço obedecem às regras em vigor no momento, tendo sempre em consideração:
 - a. Interesse para o serviço;
 - b. Garantia de funcionamento do serviço;
 - c. Equidade relativamente aos pedidos de outros funcionários;
 - d. Garantia do período anual de formação em vigor.

4. Os profissionais terão que fazer prova da participação através da entrega de fotocópia de certificado da formação frequentada na Coordenação da UCC.
5. Os profissionais que frequentem acções de formação fora da UCC deverão partilhar os conhecimentos adquiridos:
 - a. Em reunião agendada imediatamente a seguir à formação frequentada.
 - b. Sempre que se considere de interesse para o serviço esta divulgação poderá ser extensível a outros grupos profissionais.
6. A UCC, em articulação com o ACES, desenvolverá todos os esforços no sentido de garantir a recepção de alunos/estagiários nas suas áreas de intervenção, procurando dessa forma, manter uma estreita ligação com entidades do ensino superior;
7. A UCC, em articulação com o ACES, desenvolverá todos os esforços para dinamizar ou participar em projetos de investigação nas suas áreas de intervenção.

Artigo 21º

Compromisso para a Qualidade

1. O compromisso para qualidade da UCC assenta na(o):
 - a. Registo de toda a atividade assistencial devidamente detalhada nos sistemas informáticos existentes, com excepção das situações em que os mesmos não estão disponíveis, sendo nesses casos o registo efectuado de forma manual em suporte de papel.
 - b. Análise e discussão, com a periodicidade de seis meses, dos desvios face às metas estabelecidas, e elaboração de proposta das respectivas acções correctivas (auto-regulação interna); esta discussão é efectuada entre o Coordenador e os diferentes profissionais envolvidos.
 - c. Uso regular de Normas de Orientação Clínica e orientações emanadas pelo ACES AC;

- d. Monitorização da Qualidade: Deverão ser efetuadas por entidades externas à UCC de acordo com as orientações emanadas pelo ACES AC;
- e. Tratamento das reclamações e sugestões, enquadrado no definido no regulamento e manual de procedimentos do Gabinete do Cidadão.
- f. Aplicação das normas definidas pela Comissão de Higiene e Segurança no Trabalho da ARSA IP.
- g. A Carta da Qualidade em que é explícito o compromisso da UCC com a população do concelho, de acordo com o âmbito de intervenção.

Capítulo VI

Disposições Finais e Transitórias

Artigo 22º

Inibições Decorrentes do Cumprimento do Compromisso Assistencial da UCC

A equipa considera que o compromisso assistencial da UCC pode ficar comprometido caso não sejam corrigidos os déficits significativos de recursos, nomeadamente uma viatura de serviço.

Artigo 23º

Dúvidas e Omissões

Nas situações em que se verifiquem dúvidas e omissões no presente regulamento, compete à coordenadora da UCC, ouvido o Conselho Geral, efetuar a proposta de resolução ao Director Executivo a quem cabe a decisão final.

Artigo 24º

Produção de efeitos e actualização

1. O Regulamento Interno produz efeitos desde o dia da sua homologação pelo Director Executivo;

2. O Regulamento Interno poderá ser objeto de revisão quando tal se afigurar necessário por iniciativa do Director Executivo, por proposta do Conselho Geral ou do Coordenador da UCC;
3. A proposta de revisão por parte do Coordenador da UCC resulta, obrigatoriamente, de discussão prévia em Conselho Geral e de aprovação por maioria de 2/3 dos seus elementos.
4. As alterações ao Regulamento Interno propostas:
 - a. Pelo Director Executivo, estão sujeitas a discussão e votação, não vinculativa, por parte do Conselho Geral da UCC à sua homologação pelo Director Executivo.
 - b. Pela UCC são sujeitas à sua homologação pelo Director Executivo.
5. A informação contida ao presente Regulamento é actualizada anualmente ou quando se verifiquem alterações significativas do seu conteúdo.

APÊNDICE III – Manual de Boas Práticas do Cantinho de Amamentação



Manual de Procedimentos



Reguengos de Monsaraz, 2018

Conteúdo

| | |
|--|-----------|
| COMO COLHER UMA HISTÓRIA DA AMAMENTAÇÃO | 4 |
| OBSERVAÇÃO DA MAMADA | 5 |
| EXAME DA MAMA | 9 |
| HORARIO DE AMAMENTAÇÃO | 10 |
| EXTRACÇÃO MANUAL DE LEITE | 11 |
| FREQUÊNCIA DA EXTRACÇÃO DE LEITE | 13 |
| ESTIMULAR O REFLEXO DE OCITOCINA | 14 |
| ADMINISTRAÇÃO DE LEITE POR COPO | 16 |
| CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO | 18 |
| BEBÉ QUE SE RECUSA A MAMAR | 20 |
| POUCO LEITE | 21 |
| CHORO | 24 |
| MAMILOS PLANOS OU INVERTIDOS | 27 |
| MAMILOS FISSURADOS | 28 |
| INGURGITAMENTO MAMÁRIO | 30 |
| DUCTOS BLOQUEADOS E MASTITE | 31 |
| CONCLUSÃO | 32 |



INTRODUÇÃO

A amamentação dá à criança o melhor começo de vida. Estima-se que mais de um milhão de criadas morrem por ano com diarreia, infecções respiratórias e outras infecções por não serem amamentadas adequadamente. Muitas sofrem de doenças que não teriam contraído se tivessem sido amamentadas. A amamentação também contribui para melhorar a saúde da mãe.

O aleitamento materno é assim, considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e protecção da saúde das crianças em todo o mundo.

A OMS e a UNICEF recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses, e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos 2 anos de idade ou mais (1997). No entanto, a maioria das mães, na maioria dos países, iniciam a alimentação com leite de fórmula por biberão e outros alimentos antes dos 4 meses, e muitas param a amamentação muito antes dos 2 anos.

Os profissionais de saúde têm assim um papel fundamental na promoção e no apoio a esta prática, ajudando as mães e crianças a amamentarem com sucesso.

A existência de um Cantinho da Amamentação no Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz é uma das estratégias possíveis, no sentido em que este espaço disponibiliza um local calmo, tranquilo, com privacidade, onde as mães e bebés lactantes podem receber todo o tipo de ajuda e apoio prático em questões relativas à amamentação.

Sentiu-se a necessidade de realizar um manual de procedimentos para “O Cantinho da Amamentação”, no sentido em que não existia nenhum documento ou suporte informativo que apoiasse as intervenções realizadas neste espaço. Além do mais, este manual servirá como guia de orientação para os cuidados prestados de forma a uniformizar as intervenções de toda a equipa que presta apoio às mães e bebés nesta fase da sua vida, bem como será útil como documento de consulta para novos profissionais.

Apresentamos assim de seguida, um conjunto de orientações para as situações mais comuns que podem surgir no âmbito deste espaço.

3



COMO COLHER UMA HISTÓRIA DA AMAMENTAÇÃO

OBJECTIVO: Compreender a situação da mãe.

CONCEITO: Colher uma história significa fazer perguntas relevantes e de forma sistemática. Para compreendermos cada a situação específica de cada mãe não podemos apenas observar, é necessário fazer algumas perguntas.

DESCRIÇÃO:

Usar o nome da mãe e do bebé (se apropriado):

- Ⓢ Cumprimentar a mãe de uma forma delicada e amigável;
- Ⓢ Apresentar-se e perguntar pelo nome dela e do bebé;
- Ⓢ Estes nomes devem ser usados quando nos dirigimos a eles.

Pedir para ela lhe falar sobre ela e sobre o bebé da forma que entender:

- Ⓢ Deixar a mãe falar primeiro, sobre o que achar importante;
- Ⓢ Só depois interrogar sobre outras coisas que achar necessário;
- Ⓢ Encorajá-la a falar.

Observar o Boletim de saúde Infantil e Juvenil:

- Ⓢ O Boletim mostra alguns fatos importantes e economiza nas perguntas.

Fazer as perguntas mais importantes:

- Ⓢ Fazer perguntas de preferência abertas, mas também fechadas, sem ser demasiado intrusivo.

Ter cuidado para não parecer crítico:

- Ⓢ Aceitar o que a mãe está a dizer e elogiar o que está a fazer bem;
- Ⓢ Evitar juízos de valor e os porquês.

4

Nota: Ver anexo I – Formulário: Como colher uma história de amamentação: serve de guia para os factos mais importantes

OBSERVAÇÃO DA MAMADA

OBJECTIVO: Diagnosticar problemas na técnica da amamentação.

CONCEITO: Observar a mamada, permite-nos aprender muito sobre como está a correr a amamentação. Permite uma observação sistematizada da díade em amamentação e identificar áreas que requerem intervenção e/ou educação.

DESCRIÇÃO:

Os diferentes aspetos a observar quando um bebé está a ser amamentado, são:

- Ⓢ Postura Corporal
- Ⓢ Respostas
- Ⓢ Vínculo Emocional
- Ⓢ Anatomia
- Ⓢ Sucção
- Ⓢ Tempo Gasto com a Sucção

Postura Corporal

- Ⓢ Mãe relaxada e confortável;
- Ⓢ A cabeça e o corpo do bebé devem estar em linha recta;
- Ⓢ A face do bebé deve estar de frente para a mama, com o nariz de frente para o mamilo e queixo apoiado;
- Ⓢ A mãe deve segurar o corpo do bebé junto ao seu;
- Ⓢ Se o bebé é recém-nascido deve apoiar-se as suas nádegas e não apenas a sua cabeça e ombros.
- Ⓢ A postura do corpo é secundária;
- Ⓢ Existem diversas posições para amamentar;
- Ⓢ Não interferir se não houver problemas reais com a amamentação;
- Ⓢ O importante é que a mãe esteja confortável assim como o bebé.





Bebé na posição vertical



Posição com Bebé de cabeça para baixo



Posição do berço



Posição de berço cruzado com o "C"

Forma correcta de segurar a mama:

- Ⓢ Colocação dos dedos na parede do tórax por baixo da mama;
- Ⓢ Dedo indicador forma um suporte na base da mama;
- Ⓢ Dedo polegar fica por cima;
- Ⓢ Evitar colocar-se os dedos próximos do mamilo.

6



Respostas:

Observar:

- Ⓢ Como se encontra o bebé (acordado, letárgico, irrequieto, calmo...), se procura a mama e a explora com a língua, se pega ao nível da auréola, se mantém a pega...
- Ⓢ Presença de sinais de saída de leite e sensações que traduzem um reflexo de ocitocina activo (extravasamento, dores uterinas, fsgadas).

Vínculo Emocional:

Corrigir qualquer alteração ao nível dos afetos que interfira com o estímulo do reflexo da ocitocina:

- Ⓢ Informar a mãe sobre fatores que estimulam o reflexo tais como pensar carinhosamente no bebé; ouvir os sons do bebé, olhar para ele e ter confiança em si mesma;
- Ⓢ Alertar para os fatores inibidores tais como: preocupações, stress, dor e sentimentos de insegurança

Anatomia

Observar:

- Ⓢ Mamilos (exteriorizados e protrácteis, planos ou invertidos);
- Ⓢ Aparência da pele da mama (saudável, vermelha, fissuras);
- Ⓢ Forma das mamas (arredondadas, ingurgitadas);
- Ⓢ Mamas após as mamadas (macias, moles ou tensas).

Sucção

Observar:

- Ⓢ Boca bem aberta;
- Ⓢ Lábio inferior virado para fora;
- Ⓢ Língua do bebé acoplada em redor do mamilo;
- Ⓢ Bochechas arredondadas;
- Ⓢ Mais auréola cima do que em baixo;

7



UCC Almoreg

- Ⓢ Sucção lenta e profunda, ruídos e pausa.



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

Tempo gasto na sucção

O tempo da mamada é variável e depende de determinados factores:

- Ⓢ idade do bebé, estado nutricional, estado de saúde;
- Ⓢ Verificar se o bebé recebeu leite inicial e final;
- Ⓢ Ter bom senso quanto ao tempo da mamada;
- Ⓢ O objetivo razoável é conseguir pelo menos oito a doze mamadas nas 24 horas.



EXAME DA MAMA

OBJECTIVO: Despistar problemas mamários que possam interferir com a amamentação.

CONCEITO: Consiste em observar, e esse necessário palpar a mama de forma a despistar situações que possam dificultar a amamentação. Importa detectar precocemente alguns problemas que possam surgir nas mamas de forma a actuar atempadamente para minimizar a interferência com a amamentação. De rotina não é necessário examinar a mama, apenas se a mulher está preocupada.

DESCRIÇÃO:

- Inspeccionar, sem tocar:
 - ⊗ Tamanho e forma da mama (pode afectar a confiança);
 - ⊗ Tamanho e forma do mamilo (pode afectar a pega);
 - ⊗ Gotejamento de leite (é um sinal do reflexo de ocitocina activo);
 - ⊗ Se está cheia, macia, ou ingurgitada;
 - ⊗ Se existem fissuras no mamilo;
 - ⊗ Se há presença de rubor (infecção e inflamação);
 - ⊗ Cicatrizes.
- Questionar a mãe se notou alguma coisa de errado, se sim, que explique;
- Se necessário palpar, pedir permissão;
- Usar a palma da mão (dedos juntos e estendidos);
- Não beliscar ou pressionar com força;
- Observar o rosto da mãe para verificar se há sinais de dor ou hipersensibilidade;
- Examine a presença de tensão mamária; endurecimento ou ingurgitamento, áreas quentes e caroços.



HORARIO DE AMAMENTAÇÃO

OBJECTIVO: Estabelecer o aleitamento materno.

CONCEITO: Em condições normais, o momento ideal para colocar o bebé ao peito é logo após o nascimento ou na primeira hora que se segue ao parto. Esta constitui a melhor forma de dar as "boas vindas à vida" e de se iniciar um conhecimento recíproco.

DESCRIÇÃO:

➤ Horário (tempo de amamentação):

- Ⓢ Os recém-nascidos, devem mamar quantas vezes quiserem (horário livre);
- Ⓢ A maioria dos recém-nascidos, necessita de 8 a 10 mamadas, em cada 24 horas para ganhar peso adequadamente;
- Ⓢ Se necessários, os pais devem acordar os bebés para mamar, se perceberem que não conseguem fazer no mínimo 8 mamadas nas 24 h. A frequência é determinada pela contagem a partir do início de uma mamada até ao início da próxima;
- Ⓢ A duração da mamada não é importante, pois a maior parte dos bebés mamam 90% do que necessitam em 4 minutos;
- Ⓢ Ensinar a mãe a perceber se o bebé está a obter leite da mama e não está a fazer da mama uma chupeta, pois isto pode macerar os mamilos, criar fissuras e levar a mãe a desistir da amamentação (ver norma Sinais de uma Boa Pega);
- Ⓢ O bebé deve esvaziar uma mama em cada mamada, só se continuar com fome é que lhe é oferecida a segunda mama. O leite no final da mamada contém uma maior quantidade de gordura, por isso, esvaziar totalmente a mama é o segredo para uma melhor e maior produção de leite;
- Ⓢ Na mamada seguinte deve-se oferecer a mama que estiver mais cheia (se mamou das duas mamas, oferecer a ultima, se mamou apenas numa, oferecer a oposta).



EXTRACÇÃO MANUAL DE LEITE

OBJECTIVO: Capacitar a mãe para extrair o seu leite de forma a iniciar ou manter a amamentação.

CONCEITO: Em algumas situações, o bebé não pode ou não consegue mamar. Noutras, pode ser necessário aumentar a produção de leite quando esta diminui. O início da extracção vai depender do momento e do motivo da decisão. Mas, frequentemente é necessário logo após o parto, como acontece quando o bebé é prematuro, está doente, ou não consegue mamar por qualquer outra razão. Consiste remoção manual de leite materno, sem qualquer auxílio de uma bomba. Qualquer estratégia de extracção de leite, deve ser acompanhada duma estimulação do reflexo de ocitocina, na medida em que esta ajuda o leite a fluir.

DESCRIÇÃO:

- A extracção de leite é útil ou necessária em múltiplas situações:
 - Ⓢ Iniciar e manter a lactação quando o bebé não consegue mamar (ex. prematuridade, hospitalização, doença);
 - Ⓢ Manter a lactação quando a mãe está doente ou tomou medicamentos que impedem a amamentação;
 - Ⓢ Quando a mãe tem de se ausentar ou regressar ao trabalho;
 - Ⓢ Para prevenir ou aliviar o ingurgitamento;
 - Ⓢ Para ajudar o bebé a pegar quando uma mama está cheia.

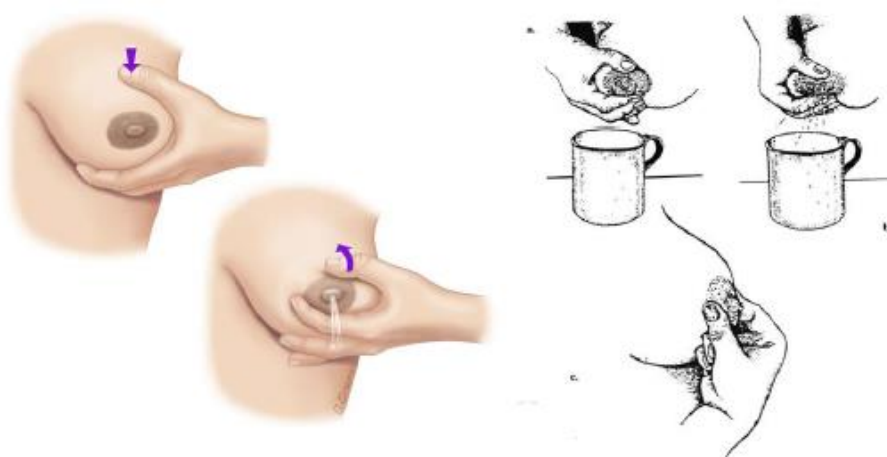
- Técnica:
 - Ⓢ Lavar as mãos antes de iniciar a extracção;
 - Ⓢ A mãe deve estar sentada ou ficar em pé, desde que confortável, e colocar o recipiente próximo da mama;
 - Ⓢ Colocar o polegar na mama, acima do mamilo e auréola e o dedo indicador abaixo do mamilo e auréola;
 - Ⓢ Pressionar com o polegar e indicador levemente para dentro, em direcção à parede torácica. Evitar exercer pressão exagerada porque pode bloquear os ductos;
 - Ⓢ Pressionar e soltar de seguida, o que não deve provocar dor. Se a mãe sentir dor, terá de corrigir a técnica de extracção de leite;

11



UCC Almoreg

- Ⓢ O leite deve começar a sair, primeiro em pequena quantidade e depois em maior quantidade;
- Ⓢ Para não lesar a mama, colocar os dedos em diferentes posições (ex: colocando-os lateralmente com o indicador de um lado da auréola e polegar do lado oposto da auréola) e repita a técnica de extracção;
- Ⓢ Fazer a expressão do leite até sentir que a mama já não está tensa.



Fonte: OMS/UNICEF, 1997



FREQUÊNCIA DA EXTRACÇÃO DE LEITE

OBJECTIVO: Estimular a produção de leite.

CONCEITO: O tempo entre extracções pode ser variável e ajustado às preferências e outras actividades, sem um horário rígido, como acontece com a amamentação em geral. Tal como acontece com o bebé a mamar, quanto mais vezes a mãe extrair leite, mais vai ter.

DESCRIÇÃO:

- Para estabelecer a lactação, alimentar um bebé de baixo peso ou RN doente:
 - ⊗ Extrair no 1º dia, se possível, nas primeiras horas após o parto, mesmo sendo apenas algumas gotas de colostro;
 - ⊗ Extrair o tanto quanto a mãe puder e com a mesma frequência com que o bebé mamaria. Pelo menos de 3/3h, inclusive durante a noite;
 - ⊗ Se a mãe extrair poucas vezes ou se os intervalos entre as extracções forem longos, pode não ser capaz de produzir leite suficiente.
- Para aumentar a produção:
 - ⊗ Extrair muitas vezes durante o dia, com intervalos de 30 minutos ou 1 hora e pelo menos de 3/3 horas durante a noite.
 - ⊗ Para deixar leite para o bebé enquanto a mãe vai trabalhar;
 - ⊗ Extrair tanto quanto possível antes de ir trabalhar;
 - ⊗ Extrair o leite enquanto está no trabalho.
- Situações de ingurgitamento:
 - ⊗ Extrair apenas a quantidade suficiente para aliviar o desconforto ou permitir que o bebé pegue na mama.



ESTIMULAR O REFLEXO DE OCITOCINA

OBJECTIVO: Ajudar o leite a fluir.

CONCEITO: A ocitocina é uma hormona produzida pelo hipotálamo e armazenada na hipófise anterior, tendo como função não só a promoção das contracções uterinas durante o parto mas também a ejeção de leite durante a amamentação. Qualquer estratégia de extracção de leite, deve se acompanhada duma estimulação do reflexo de ocitocina, na medida em que esta ajuda o leite a fluir.

DESCRIÇÃO: Antes de amamentar, é necessário, ajudar a mãe psicologicamente, desenvolvendo a sua confiança:

- ⊗ Tentar reduzir fontes de dor ou ansiedade;
- ⊗ Ajudar a mãe a ter pensamentos e sentimentos agradáveis sobre o bebé;
- ⊗ Ajudar a mãe a relaxar, com exercícios de relaxamento, como por exemplo através de uma massagem nas costas que pode ensinar à mãe ou a uma pessoa amiga.
- ⊗ Colocar a mãe, sentada num banco ou cadeira confortável e inclinada sobre uma mesa com os membros superiores apoiados. A cabeça deve estar apoiada sobre os braços. As mamas devem ficar penduradas e sem roupa. Com as mãos fechadas, massajar com os polegares com movimentos rotativos nos dois lados da coluna exercendo uma firme pressão, de cima para baixo, do pescoço até às omoplatas, durante 2 ou 3 minutos;



Fonte: OMS/UNICEF, 1997

14



UCC Almored

- ⊗ Aquecer as mamas: fazer uma massagem nas mamas com água do chuveiro ou aplicar um saco com água quente (protegendo-o com um pano) ou ainda massajar a mama com a mão (em movimentos circulares), enquanto está colocada numa taça com água morna (mama dentro de água e massagem em simultâneo);
 - ⊗ Aconselhar a colocação de um creme hidratante nas mãos (para não fazer fricção) e ensinar a realizar a massagem (suave) com a ponta dos dedos ou com a mão fechada em movimentos circulares, da base da mama, em direcção à zona dos mamilos;
 - ⊗ Manter o contacto pele a pele: por exemplo, ter o bebé ao colo enquanto retira o leite. Se não for possível, olhar para uma fotografia do bebé e pensar nele.
- Durante a amamentação:
- ⊗ Manter, se possível, o saco com água quente (para tornar o leite mais fluido e produzir vasodilatação);
 - ⊗ Aconselhar a respirar profundamente para conseguir descontrair, inspirando pelo nariz e expirando pela boca (como se estivesse a apagar uma vela);
 - ⊗ Colocar seguidamente o bebé a mamar;
 - ⊗ Procurar com os dedos a existência de nódulos. Se estes existirem, massajar delicadamente com a ponta dos dedos e creme hidratante, procurando orientá-los no trajecto em direcção aos mamilos;
 - ⊗ Alternar as posições do bebé, para que mame dos diferentes quadrantes da mama.
- Após amamentar:
- ⊗ Se as mamas ainda estão muito tensas (duras) e a mãe manifestar desconforto, extrair uma pequena porção de leite até se sentir confortável;
 - ⊗ Se as mamas apresentarem tumefacção, pode aplicar água fria ou gelo dentro de um saco (também protegido com um pano);
 - ⊗ Aplicar o próprio leite na zona dos mamilos e da auréola, para proteger e ajudar a recuperar a integridade da pele;
 - ⊗ Beber uma pequena quantidade de uma bebida morna (excepto café, chá preto ou cacau), que a ajude a descontrair.

ADMINISTRAÇÃO DE LEITE POR COPO

OBJECTIVO: Promover o estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno exclusivo evitando a utilização precoce de tetinas e consequentemente o "nipple confusion".

CONCEITO: Administrar leite materno ou outro alimento por copo ao bebé amamentado.

"Nipple Confusion" - confusão de mamilos, resultante do bebé usar técnicas diferentes de sucção à mama e na teta. O RN apresenta dificuldade em obter uma configuração oral correta, uma pega e um padrão de sucção adequados para o sucesso do aleitamento materno após a alimentação por biberão ou exposição a um bico artificial.

DESCRIÇÃO:

➤ Indicações:

- Ⓢ Administrar leite quando a amamentação ainda não é possível;
- Ⓢ Alimentar um bebé amamentado quando a sua mãe está ausente;
- Ⓢ Mãe com problemas nas mamas, que dificultam a amamentação;
- Ⓢ Complementar a amamentação, se necessário;
- Ⓢ Minimizar o dispêndio de energia de um bebé;
- Ⓢ Administrar medicação oral;
- Ⓢ Assegurar reforço hídrico na icterícia, hipoglicémia, desidratação, prematuridade;
- Ⓢ Alimentar bebés com descoordenação de sucção/deglutição;
- Ⓢ Mãe que toma medicação temporária, incompatível com a amamentação;
- Ⓢ Reduzir a necessidade de entubação naso ou orogástrica;
- Ⓢ RN com mais de 32 semanas de gestação.

➤ Contra-Indicações:

- Ⓢ RN com idade inferior a 32 semanas
- Ⓢ Bebés com a possibilidade de aspiração de leite;
- Ⓢ Reflexo da tosse débil;
- Ⓢ Bebé letárgico;
- Ⓢ Défices neurológicos.

16



UCC Almoreg

➤ Técnica:

- Ⓢ Assegurar que o bebé está calmo (mas não adormecido);
- Ⓢ Lavar as mãos com água e sabão;
- Ⓢ Colocar o leite no copinho (máximo 2/3 da capacidade do copo);
- Ⓢ Colocar mais 5 ml de leite do que a quantidade a oferecer;
- Ⓢ Verificar a temperatura do leite;
- Ⓢ Adoptar uma posição confortável;
- Ⓢ Posicionar o bebé na posição semi-sentado ou sentado, contendo-lhe os braços para evitar acidentes com o copo;
- Ⓢ Apoiar bem os ombros e a cabeça do bebé, a cabeça não deve ficar inclinada para trás;
- Ⓢ Apoiar o copo gentilmente sobre o lábio e gengiva inferiores;
- Ⓢ Adaptar o bordo a toda a área, entre as duas comissuras labiais;
- Ⓢ Inclinar levemente o copo para que a criança sinta o leite nos lábios;
- Ⓢ Permitir que o bebé vá recolhendo com a língua, para depois deglutir;
- Ⓢ Oferecer o leite e deixar o bebé impor o seu ritmo; máximo de 30 minutos/evite a fadiga;
- Ⓢ Não despejar o leite dentro da boca do bebé;
- Ⓢ Interromper o processo se este se manifestar inadequado ou desagradável;
- Ⓢ Interagir com a criança durante a alimentação;
- Ⓢ Oferecer o copinho até que a criança manifeste sinais de estar saciada.
- Ⓢ Colocar o bebé a eructar.



CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

OBJECTIVO: Conservar o leite materno, extraído manualmente ou por bomba.

CONCEITO: Por vezes, as mães podem ter necessidade de extrair o seu leite. Tal como os outros alimentos, o leite materno também pode ser conservado no frigorífico ou congelado. Para tal, necessita de cuidados especiais. Quando o leite é congelado perde algumas das suas propriedades nutricionais e imunológicas, mas isso, em termos práticos, é negligenciável. Mesmo perdendo algumas das suas boas características, o leite materno continua a ser o melhor e mais adequado.

DESCRIÇÃO:

- Depois de extrair o leite manualmente ou com bomba:
 - ⊗ Colocar num biberão esterilizado, no frigorífico, se o leite for usado nas próximas 48h;
 - ⊗ Se a mãe prevê não usar o leite nas próximas 48h, colocar num frasco ou saco de plástico esterilizado e congelar;
 - ⊗ Existem no mercado diferentes equipamentos para armazenar o leite;
 - ⊗ Colocar pouca quantidade de leite em cada recipiente, tendo em conta aquilo que se prevê que o bebé vá ingerir;
 - ⊗ Registar a data e hora. (Ver quadro: Conservação segura de leite materno em casa)
- Como descongelar o leite materno:
 - ⊗ Utilizar primeiro o leite mais antigo;
 - ⊗ Descongelar lentamente, colocando o frasco ou saco inteiro no frigorífico durante várias horas;
 - ⊗ Se for necessário descongelar mais depressa pode fazê-lo debaixo de água tépida a correr;
 - ⊗ Depois de descongelado, agitar o leite, para que os seus componentes se misturem adequadamente.
- Como aquecer o leite materno:
 - ⊗ Agitar o recipiente com leite em água quente, mas não a ferver (por exemplo, debaixo da torneira, com água corrente);
 - ⊗ Não aquecer no micro-ondas ou ferver o LM

18



UCC Almored

| Conservação segura de leite materno em casa | |
|--|--------------|
| Leite recém-extraído (fresco) | Tempo máximo |
| A temperatura ambiente (se <25 °C) | 6/8 horas |
| Leite Refrigerado | Tempo máximo |
| Fundo 1ª prateleira do frigorífico (0/4 °C) | 8 dias |
| Fundo 1ª prateleira do frigorífico (4/10 °C) | 3/5 dias* |
| *Se temp > 5 °C depois 3º dia consumir 6 h seguintes | |
| Leite Congelado | Tempo máximo |
| No congelador (dentro do frigorífico) | 2 Semanas |
| No congelador (separado- tipo combi) | 3/6 meses |
| Na arca frigorífica (> 19 °C ou + baixo) | + 6 meses |
| Descongelação do Leite | Tempo máximo |
| Descongelado dentro do frigorífico | 12/24 horas |
| Descongelado dentro do frigorífico | Imediato |

Fonte: DGS

Notas: O frasco ou biberão onde vai armazenar o leite, devem ser lavados com água quente e detergente e fervidos durante 10 a 15 min ou colocados num esterilizador. Os frascos ou sacos utilizados para armazenar o LM devem respeitar as seguintes indicações: Devem ser de polipropileno, isento de Bisfenol A – reconhecido como o plástico mais seguro para conservar leite

19



BEBÉ QUE SE RECUSA A MAMAR

OBJECTIVO: Ajudar a mãe e o bebé a amamentar outra vez.

CONCEITO: Bebé que recusa a mama, aparenta não querer a mama.

➤ Possíveis causas da recusa:

- ⊗ Bebé doente, com dor ou sedado;
- ⊗ Dificuldades na técnica da amamentação;
- ⊗ Mudanças.

DESCRIÇÃO:

➤ Avaliar o estado de saúde do bebé:

- ⊗ Avaliar a capacidade do bebé para mamar: FR, obstrução nasal, gemido, choro...
- ⊗ Despistar situações que provoquem dor como: dentição, aftas ou infecções (ex. cândida);
- ⊗ Encaminhar quando necessário.

➤ Observar a mamada:

- ⊗ Despistar pegas incorrectas e ineficazes;
- ⊗ Aconselhar a mãe a amamentar em local sossegado e tranquilo para evitar a distração do bebé.
- ⊗ Aconselhar a mãe a ter o bebé o máximo tempo possível perto de si; contacto pele com pele;

➤ Despistar mudanças que aborreceram o bebé: alteração brusca das rotinas do bebé;

- ⊗ Questionar sobre a alimentação da mãe, produtos de higiene, perfumes...

➤ Se bebé incapaz de mamar, extrair leite com bomba e administrar por sonda, colher ou copinho:

- ⊗ Evitar dar leite por biberão.

20



UCC Almoreg

POUCO LEITE

OBJECTIVO: Ajudar a mãe de um bebé que não está a receber leite suficiente.

CONCEITO: Algumas vezes o bebé não recebe LM suficiente

DESCRIÇÃO:

- Colher a história da amamentação (ver "como colher uma história):
 - Ⓢ Despistar a toma de fármacos que possam influenciar a produção de leite.

- Avaliar estado psicológico da mãe:
 - Ⓢ Questionar como se sente a mãe.

- Avaliar uma mamada (ver "como avaliar uma mamada")
 - Ⓢ Observar a pega, posição do bebé na mama, vínculo e rejeição duração das mamadas.

- Examinar as mamas:
 - Ⓢ Despistar problemas mamários

- Examinar o bebé
 - Ⓢ Estado geral, situações de doença, anomalias;
 - Ⓢ Verificar o ganho de peso do bebé;
 - Ⓢ Analisar o gráfico de crescimento no Boletim de Saúde Infantil. Se não existir registo, não é possível obter uma resposta satisfatória. Marcar visita para daqui a 2 dias.

- Verificar o volume urinário do bebé:
 - Ⓢ Questionar a mãe sobre com que frequência urina o bebé e quais as características da urina.

- Melhorar a ingestão e produção de leite
 - Ⓢ Usar habilidades de comunicação para ouvir, observar, responder e aumentar a confiança da mãe;

21



- ⊗ Aborde a causa de baixa transferência de leite e ofereça possíveis soluções: melhore a pega, aumente frequência e duração das mamadas e evite suplementos e chuchas.
 - ⊗ Aumentar a produção de leite: oriente para amamentar com mais frequência e durante mais tempo, extrair leite entre as mamadas, e converse com os familiares sobre apoio que podem oferecer;
 - ⊗ Monitorize e acompanhe a mãe e o bebé até que o ganho de peso seja adequado e a mãe esteja confiante;
 - ⊗ Sugira o uso de alimentos, bebidas ou ervas que a cultura local use para aumentar a produção de leite (Promil, bacalhau, chá de funcho, chá de cardo mariano e feno grego, cerveja preta sem álcool, domperidona) durante o aleitamento materno.
- Padrões normais de crescimento dos lactentes:
- ⊗ Perda ponderal fisiológica nos primeiros dias após o parto de 10% do peso do nascimento(a maioria dos lactentes atingem novamente o peso do nascimento ao completar 2 ou 3 semanas d vida);
 - ⊗ Ganho de peso entre 100-200 g por semana nos primeiros 6 meses de vida;
 - ⊗ 85-140 g por semana na segunda metade do primeiro ano;
- Relactação: Restabelecimento da produção de leite de uma mãe que reduziu muito a produção ou interrompeu o aleitamento materno. Pode ser necessário porque:
- ⊗ O bebé estava doente e não conseguiu mamar;
 - ⊗ O bebé não mamou no início e agora a mãe deseja amamentar;
 - ⊗ O bebé ficou doente com alimentos artificiais;
 - ⊗ A mãe ficou doente e interrompeu o aleitamento materno;
 - ⊗ Uma mulher adoptou um bebé e já amamentou seus filhos.
- A mulher que deseja realizar a relactação deve ser incentivada a:
- ⊗ Permitir que o bebé abocanhe a mama e tente mamar sempre que possível, dia e noite, enquanto aceitar a mama;



- Ⓢ Massajar e retirar leite entre as mamadas, principalmente se o bebé não estiver disposto a mamar com frequência;
- Ⓢ Continuar a dar alimentos artificiais até que a produção de leite seja suficiente para o bebé;
- Ⓢ Procurar incentivo da sua família, para garantir que ela tenha tempo suficiente para a relactação.

Nota: Um bebé que não esvazia uma mama completamente e passa para a outra mama, acaba por ingerir apenas leite inicial, isento de gordura, que lhe provoca saciedade e fornece energia.

23



CHORO

OBJECTIVO: Ajudar uma família com um bebé que chora muito.

CONCEITO: Um bebé que chora muito pode perturbar o relacionamento entre ele e a sua mãe e causar tensão entre outros membros da família. Muitas mães iniciam suplementos desnecessariamente, porque pensam que os seus bebés “choram demais”, pensam que estão com fome, e que não têm leite suficiente.

DESCRIÇÃO:

- Tentar encontrar uma causa para o bebé chorar muito (ver tabela):
 - Ⓢ Colher a história da amamentação, nomeadamente em termos de alimentação da mãe, estilos de vida, pressões familiares (ver “como colher uma história”);
 - Ⓢ Avaliar uma mamada nomeadamente em termos de posição do bebé e duração da mamada (ver “observação da mamada”);
 - Ⓢ Examinar o bebé (estado geral, doença, dor, crescimento) e encaminhar se necessário.
- Se fome devido a surtos de crescimento:
 - Ⓢ Explicar à mãe que o bebé parece ter muita fome durante alguns dias, possivelmente porque está a crescer mais rápido do que antes e exige ser alimentado mais vezes;
 - Ⓢ Explicar que isto é comum na 2ª/3ª semana de vida; 6ª semana e aos 3 meses;
 - Ⓢ Aconselhar a dar de mamar sempre que o bebé quer: a produção de leite aumenta e ele volta a mamar menos outra vez.
- Se má adaptação à mama:
 - Ⓢ Corrigir a pega e ensinar à mãe sinais de pega eficaz;
 - Ⓢ Explicar à mãe que é muito importante que o bebé esvazie completamente a mama;
 - Ⓢ Explicar que o leite inicial tem essencialmente água, açúcar (lactose) e proteínas e que o leite no final da mamada possui gordura, que é aquilo que dá energia e saciedade ao bebé.

24



UCC Almoreg

- Se relacionado com a alimentação da mãe:
 - Ⓢ Explicar à mãe que existem substâncias, quando ingeridas, passam para o leite materno e podem causar desconforto ao bebé (ex. soja, amendoim, ovos, feijão, grão, etc.);
 - Ⓢ Aconselhar a mãe a evitar um alimento que ela notou que fez o bebé passar mal;
 - Ⓢ Não dizer para parar com esse alimento mas sugerir para não o comer durante uma semana e avaliar o comportamento do bebé;
 - Ⓢ Informar que isto pode acontecer com qualquer alimento e não há nenhum que deva especialmente evitar, a menos que haja história na família de antecedentes alérgicos (morangos, citrinos, peixe...).

- Se Drogas que a mãe usa:
 - Ⓢ Sugerir a redução da ingestão de cafeína, chá ou Coca-Cola pois pode ser a razão para o bebé ficar mais agitado;
 - Ⓢ Se fuma, aconselhar a reduzir o fumo e que fume após as mamadas (evitar antes e durante a amamentação);
 - Ⓢ Evitar ambientes com fumo ou estar juntos de pessoas que fumem com o bebé.

- Se cólicas:
 - Ⓢ Explicar à mãe que o choro típico das cólicas é muito diferente dos outros padrões de choro;
 - Ⓢ Informar que é uma situação normal e que há bebés que têm um intestino muito activo ou com gases, mas a causa não é clara e que é menos frequente depois dos 3/4 meses;
 - Ⓢ Informar a mãe que o "choro da cólica" é mais frequente ao final da tarde e noite, o bebé fica difícil de confortar, muito vermelho e pode encolher as pernas;
 - Ⓢ Ensinar a mãe a fazer massagem abdominal para o alívio das cólicas; explicar como confortar o bebé, segurando-o próximo de si, com movimentos delicados e fazer uma suave pressão sobre o seu abdómen.
 - Ⓢ Mostrar à mãe como colocar o bebé a arrotar;



- Desenvolver confiança e dar apoio:
 - Ⓢ Aceitar o que a mãe pensa sobre a causa do problema;
 - Ⓢ Elogiá-la naquilo que está a fazer certo.

| RAZÕES PORQUE OS BEBÉS CHORAM |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">Ⓢ Desconforto (sujeitos, calor, frio)Ⓢ Cansaço (ex. muitas visitas, excesso de estimulação)Ⓢ Doença ou dorⓈ Fome (não recebe leite suficiente; picos de crescimento)Ⓢ Alimentação maternaⓈ Drogas que a mãe tome (cafeína, chá, tabaco, fármacos)Ⓢ Cólicas |

Fonte: OMS/UNICEF, 1997



MAMILOS PLANOS OU INVERTIDOS

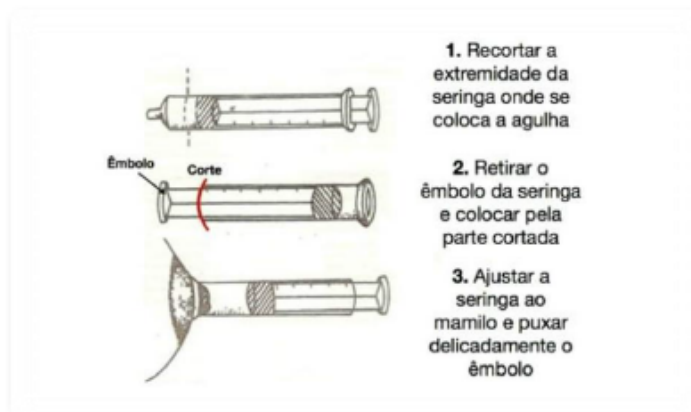
OBJECTIVO: Tornar os mamilos mais proeminentes, capacitando a mãe para amamentar.

CONCEITO: Mamilo invertido - ausência total do mamilo.

Mamilo plano - situa-se no mesmo nível da auréola, pouco elástico

DESCRIÇÃO:

- Logo após o parto:
 - ⊗ Desenvolver confiança na mãe;
 - ⊗ Explicar que o bebé mama na mama e não no mamilo, dado que o mamilo é só 1/3 da porção da mama que o bebé deve introduzir na boca para sugar correctamente;
 - ⊗ Promover o contacto pele a pele e deixar o bebé explorar as mamas;
 - ⊗ Ajudar a mãe a colocar o bebé à mama;
 - ⊗ Tentar diferentes posições;
 - ⊗ Ajudar a exteriorizar o mamilo antes das mamadas com bomba extractora ou seringa. Realizar este exercício, varias vezes ao dia, cerca de 30 a 60 segundos e sempre antes de amamentar.



Fonte: OMS/UNICEF, 2012

Nota: O mamilo fica mais saliente nas últimas semanas de gravidez e/ou logo após o parto, pelo que não é necessário fazer qualquer manobra ou usar qualquer método durante a gravidez. A utilização de estimulação à formação dos mamilos e de formadores de mamilos durante a gravidez, é desaconselhada, dado que a estimulação pode desencadear contracções uterinas e, não há evidência científica que os formadores de mamilos ajudem a melhorar o formato do mamilo, podendo ainda lesá-lo.

27

UCC Almored

MAMILOS FISSURADOS

OBJECTIVO: Prevenir o aparecimento de gretas ou fissuras nos mamilos e, em caso de já existirem, promover a rápida cicatrização do mamilo

CONCEITO: Quando o bebé não pega corretamente na mama e suga apenas no mamilo, torna-os sensíveis e pode mesmo conduzir a gretas e fissuras, transformando a amamentação num processo dolorosa para a mãe.

DESCRIÇÃO:

- Prevenir as fissuras:
 - Ⓢ Colocar o bebé numa posição correta (cabeça em linha reta com o corpo, face de frente para o mamilo)
 - Ⓢ Verificar sinais de boa pega;
 - Ⓢ Não interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente;
 - Ⓢ Se a mãe tiver que interromper a mamada deve colocar um dedo suavemente na boca do bebé de modo a interromper a sucção;
 - Ⓢ Lavar os mamilos apenas durante o banho diário, evitando o uso de sabão nessa zona;
 - Ⓢ Não esfregar os mamilos com a toalha após o banho;
 - Ⓢ Colocar umas gotas de leite à volta do mamilo após o banho e no terminus de cada mamada.
- Para tratar os mamilos dolorosos ou com fissuras:
 - Ⓢ Corrigir a pega e orientar a mãe continuar a amamentar (a maior parte das vezes a dor desaparece logo após essa correcção);
 - Ⓢ Sugerir iniciar a mamada pelo mamilo não doloroso;
 - Ⓢ Se a dor é tão intensa que mesmo melhorando a pega, ela não desaparece, a mãe pode retirar o leite e dar ao bebé por copo ou colher até que o mamilo melhore ou cicatrize;
 - Ⓢ Aconselhar a aplicar sempre leite materno nos mamilos após o banho e após as mamadas (facilita a cicatrização);

28



- Ⓢ Aconselhar a não utilizar os discos de protecção, dar preferência a conchas de amamentação;
- Ⓢ Sugerir expor os mamilos ao ar e breves minutos ao sol, no intervalo das mamadas;
- Ⓢ a mãe utilizar mamilos artificiais (de silicone), deve tentar o mais precocemente possível deixar de os usar, pois o bebé habitua-se e pode não conseguir pegar diretamente na mama.



INGURGITAMENTO MAMÁRIO

OBJECTIVO: Prevenir a ocorrência de mastite.

CONCEITO: Quando o leite não é removido as mamas podem ficar quentes, mais pesadas e duras dolorosas devido ao aumento de leite e à quantidade de sangue e de fluidos nos tecidos da mama. Pode ocorrer um ligeiro aumento da temperatura corporal que não ultrapassa em regra, os 38°C, durante 24 horas.

Causas:

- ⊗ Abundância de Leite;
- ⊗ Mamadas pouco frequentes;
- ⊗ Início da amamentação;
- ⊗ Pega Inadequada.

DESCRIÇÃO:

- Para tratar o ingurgitamento é essencial retirar o leite. Se o leite não é removido, formasse um abscesso (mastite) e a produção de leite diminui.
 - ⊗ Aconselhar a mãe a, não parar de amamentar na mama ingurgitada;
 - ⊗ Assegurar uma boa pega;
 - ⊗ Encorajar a amamentação em horário livre;
 - ⊗ Pode ser necessário extrair um pouco de leite manualmente ou com bomba para fazer com que a mama fique mole o suficiente para o bebé mamar;
 - ⊗ Estimular o reflexo de ocitocina antes da mamada:
 - Colocar compressas mornas na mama ou tomar um banho de chuveiro;
 - Ajudar a mãe a relaxar;
 - Massajar o pescoço e as costas;
 - Massajar a mamas com suavidade;
 - Estimular o mamilo.
 - Depois da mamada para reduzir o edema,
 - Colocar compressas frias na mama.



DUCTOS BLOQUEADOS E MASTITE

OBJECTIVO: Prevenir mastites.

CONCEITO: Os ductos ficam bloqueados quando, já depois de uma situação de ingurgitamento, o leite espesso não é removido de uma parte da mama, ficando aí retido. Manifesta-se por tumefacção / nódulo mole / macio, rubor localizado e apirexia. Quando este leite não removido, inflama o tecido mamário circundante origina uma mastite não infecciosa. Se a mama é infectada por bactérias dá origem a uma mastite infecciosa, evidenciando edema, rubor, dor forte, febre e mal-estar.

Causas:

- Má drenagem de uma parte da mama ou toda a mama, devido a:
 - ⊗ Mamadas pouco frequentes;
 - ⊗ Sucção ineficaz (pega ineficaz);
 - ⊗ Pressão de roupas, como soutien ou posição de dormir;
 - ⊗ Pressão dos dedos da mãe durante a mamada;
- Agressão do tecido mamário (trauma);
- Entrada de bactérias (fissuras).

DESCRIÇÃO:

- Para tratar o ingurgitamento é essencial melhorar a drenagem das mamas:
 - ⊗ Verificar a pega e se necessário corrigir;
 - ⊗ Despistar pressão de roupas ou dedos sobre zonas da mama;
 - ⊗ Despistar drenagem ineficaz em mamas grandes;
 - ⊗ Aconselhar mamadas frequentes e começar pela mama não afectada;
 - ⊗ Variar posições da amamentação;
 - ⊗ Se necessário extrair leite com bomba;
 - ⊗ Massajar à volta dos mamilos;
 - ⊗ Colocar compressas quentes e frias.



CONCLUSÃO

A decisão de amamentar é uma decisão pessoal, sujeita a muitas influências resultantes da socialização de cada mulher (SARAFANA et al, 2006). No entanto, a capacidade de uma mãe otimizar o aleitamento ao seu bebé, depende do apoio que recebe, cabendo aos profissionais de saúde, à mãe e o bebé, um papel especial no aconselhamento do aleitamento materno no período pré e pós natal.

Apesar dos inúmeros esforços e dos investimentos dos últimos anos na promoção, manutenção e suporte ao aleitamento materno, os últimos estudos não demonstram melhorias significativas no aumento da prevalência do aleitamento materno, comprovando o quanto há ainda a fazer.

O conhecimento da importância do aconselhamento do aleitamento materno, por profissionais bem preparados, ao longo da gravidez e durante os primeiros meses de vida, de forma organizada, com linguagem comum e actualizada, para a resolução prática dos inúmeros problemas que podem surgir durante a amamentação.

Espero assim com este manual contribuir para uma melhor prestação de cuidados e uniformização das intervenções prestadas no espaço “Cantinho da Amamentação” e de forma geral, contribuir para o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos seis



BIBLIOGRAFIA

- ✓ Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. *Lisboa: comité português para a unicef.*
- ✓ Lourenço, M. A. M. (2011). *Relatório de estágio* (Doctoral dissertation).
- ✓ Manual. Aconselhamento em Amamentação. Um curso de treino. APF Alentejo. SOS Amamentação 2018
- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos: orientações estratégicas. Lisboa: DGS, 2004
- ✓ OMS/UNICEF, 1993. OMS/UNICEF - Aconselhamento em amamentação. Manual do participante.



APÊNDICE IV – Manual de Acolhimento para Profissionais de Saúde e Alunos de Enfermagem



Unidade de Cuidados na Comunidade
Reguengos de Monsaraz/Mourão

Manual de Acolhimento

Para Profissionais de Saúde e Alunos de Enfermagem

Maio, 2018

Índice

| | |
|--|----|
| 1. OBJECTIVO E METODOLOGIA | 4 |
| 2. APRESENTAÇÃO | 5 |
| 2.1. Missão, Valores e Visão | 6 |
| 2.1.1 - Missão | 6 |
| 2.1.2 – Valores | 7 |
| 2.1.3 – Visão | 7 |
| 2.2. Organigrama da UCC Almoreg | 7 |
| 2.3. Profissionais da Equipa | 8 |
| 2.4. Área geográfica de Influência | 9 |
| 2.4.1- Informação Demográfica | 9 |
| 2.4.2 Área geográfica da UCC | 10 |
| 2.5 - Indicadores contratualizados | 12 |
| 3. Normas e Procedimentos da UCC Almoreg | 13 |
| 3.1- Integração | 13 |
| ANEXOS | 16 |
| ANEXO I -COMPROMISSO COM CONFIDENCIALIDADE DO PROFISSIONAL ... | 17 |
| ANEXO II - COMPROMISSO COM CONFIDENCIALIDADE DO ALUNO DE ENFERMAGEM | 19 |

AO NOVO COLABORADOR: ENFERMEIRO OU ALUNO DE ENFERMAGEM

Seja bem-vindo!

É com enorme satisfação que o recebemos na Unidade de Cuidados na Comunidade Almoreg. Sabemos que o momento de entrada de um novo elemento numa instituição determina o sucesso e a rapidez da sua integração. Por este motivo, concebemos o Manual de Acolhimento, que surge como um instrumento facilitador no processo de acolhimento e integração, tendo sido elaborado com o intuito de tornar a sua integração e adaptação mais simples e agradável.

Qualquer dúvida que surja após a leitura deste manual deverá ser colocada ao Coordenador da UCC Almoreg, enfermeira Clara Lourenço.

Queremos ainda desejar-lhe o maior sucesso na sua actividade na UCC Almoreg.

1. OBJECTIVO E METODOLOGIA

O presente Manual de Acolhimento tem como principal objectivo fornecer aos novos elementos da UCC informações sobre a unidade, de modo a facilitar a sua integração na Instituição, bem como no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e respectivo Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz e Morão, onde vai exercer a sua atividade.

Permitir-lhe-á tomar conhecimento rápido da estrutura organizacional e do funcionamento da UCC Almoreg aos mais variados níveis, devidamente enquadrados nos objetivos gerais da Instituição e nas suas áreas estratégicas de actuação.

Esta versão, foi elaborado pela enfermeira Clara Lourenço, tendo em conta as opiniões de todos os profissionais da UCC Almoreg. As versões seguintes, deverão ser atualizadas anualmente, tendo em conta as alterações anuais da unidade.

2. APRESENTAÇÃO

A Unidade de Cuidados na Comunidade “Almoreg” é gerada como uma unidade funcional que integra o Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central tendo sido inaugurada a 7 de julho de 2011.

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, criando as suas unidades funcionais, entre as quais a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), à qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A estrutura orgânica dos ACES que detêm uma estrutura organizacional assente em cinco unidades funcionais, com trabalho em equipa multidisciplinar, com missões específicas, intercooperantes e complementares, organizadas em rede (fig. 1).

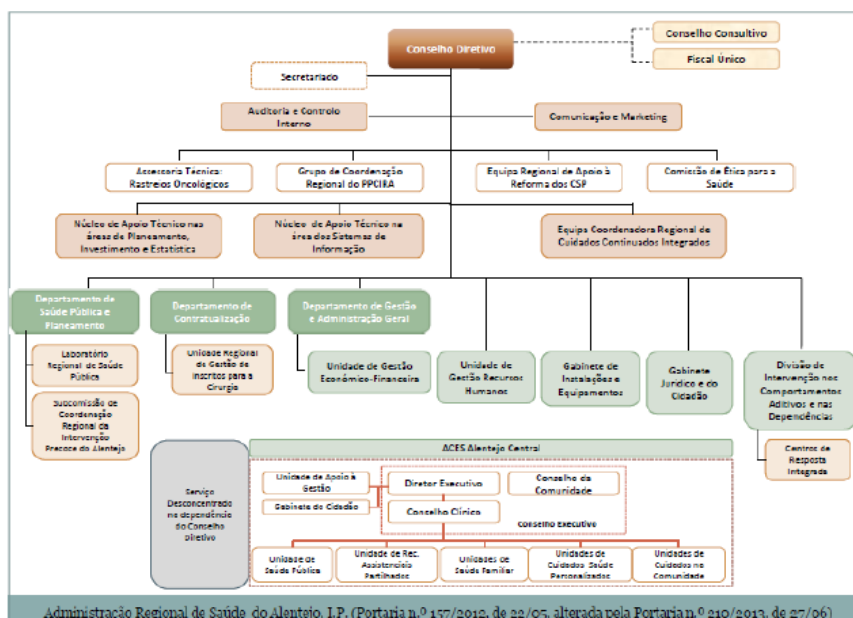


Fig. 1 - Organograma ACES

O Logótipo, representado na figura 2, foi escolhido pelo grupo de profissionais que se candidataram a constituir a UCC Almoreg. O nome pretende identificar a unidade em que as letra **Al** são de Alentejo, **Alqueva** tão importantes e tão presentes nas nossas vidas, **mo** do lindo conselho de Mourão e finalmente **reg** da nossa sede em Reguengos de Monsaraz, cidade capital do vinho do Alentejo..

As cores procuram simbolizar três das dimensões afectivas do nosso trabalho: **verde** dos campos – esperança e optimismo; **amarelo** ouro do sol e cor do Alentejo – a alegria e satisfação que pretendemos alcançar; e **vermelho** - vida, sentimento, paixão, orgulho, força e dinamismo na missão em defesa de uma comunidade mais saudável.



Fig. 2 - Logótipo UCC

2.1. Missão, Valores e Visão

2.1.1 - Missão

É missão da UCC contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, através de ganhos em saúde, concorrendo para de forma directa para o cumprimento da missão do ACES AC.

É missão da UCC de Almoreg, prestar cuidados de saúde, sociais e de apoio psicológico particularmente a pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de risco ou dependência física, funcional ou de doença que requeira cuidados de proximidade, em contexto domiciliário e comunitário, actuando

também na educação para a saúde, integrando redes de apoio à família, defendendo a qualidade e a continuidade desses cuidados.

2.1.2 – Valores

1. Destacamos de entre os valores e princípios que norteiam o cumprimento da missão da UCC, na sua resposta de proximidade às necessidades identificadas:
 - a. O respeito pela individualidade do utente (crenças, raça, género, ...);
 - b. A promoção da sua autonomia;
 - c. O reconhecimento de que a Saúde Individual é da responsabilidade do utente e integra o seu projecto de saúde;
 - d. A cooperação e o trabalho de equipa;
 - e. A articulação com as outras unidades funcionais do Centro de Saúde de Arraiolos e do ACES AC;
 - f. As parcerias comunitárias;
 - g. A autonomia funcional e técnica;
 - h. A avaliação continua e a gestão participada como promotora de motivação e satisfação profissional;
 - i. A intersubstituição nas atividades prioritárias.

2.1.3 – Visão

Através de um esforço contínuo e sustentado aspiramos atingir: os Padrões de Qualidade standardizados, o reconhecimento da comunidade e dos profissionais e, potencialmente, vir a ser uma referência na área dos Cuidados de Saúde Primários, a nível regional, enquanto entidade promotora de saúde.

2.2. - Organigrama da UCC Almoreg

A UCC Almoreg é parte integrante do Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz, mas possui autonomia organizativa, funcional e técnica para prestar



cuidados de saúde aos utentes e comunidades dos conselhos de Reguengos de Monsaraz e Mourão e de Vendinha num total de 13198 habitantes.

A característica que melhor define a UCC é o espírito de equipa e a estreita relação com as outras unidades vizinhas e as parcerias estabelecidas com a comunidade e na participação dos seus parceiros.

A estrutura orgânica da UCC é constituída pelo **Coordenador** e pelo **Conselho Geral** (CG).

A designação da coordenadora resultou de proposta voluntária apresentada em candidatura formulada pela equipa, a qual foi aceite pela ARSA, IP, após audição do "Director Executivo do ACES Alentejo Central e do Conselho Clínico. Conforme o disposto no número 1, alínea b) do artigo 15º do Decreto-Lei 28/2008 a coordenadora da UCC posiciona-se entre enfermeiros com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e detém experiência efetiva na respectiva área profissional. A coordenadora da UCC Almoreg é a Enfermeira Clara Lourenço. A substituição nas suas ausências e impedimentos é garantida pelo profissional de enfermagem que for por si designado para o efeito. O regime de exercício e de cessação de funções da coordenadora da UCC são os previstos nos artigos 16º e 17º do Decreto-Lei 28/2008.(Ver Regulamento Interno)

O **Conselho Geral** é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional. (Ver competências no Regulamento Interno)

2.3. Profissionais da Equipa

| Nome | Área profissional | Horas | Vínculo |
|--|-------------------|-------|-------------------------|
| Anabela Martins Batista | Enfermagem | 35 | CTIC |
| Maria Clara Natário Lourenço | Enfermagem | 35 | CTIC |
| Maria Delfina Franco Vieira Charrua Paixão | As. Técnica | 35 | CTIC |
| Maria Dolores Mayorga Huertas | Enfermagem | 35 | CTI |
| Maria de Fátima dos Santos Pires | Enfermagem | 35 | CTIC |
| Maria Perpetua Serrano | Enfermagem | 35 | CTI |
| Susana Cristina Salgueiro Castor | Enfermagem | 35 | CTI |
| Amídia Quintas | Fisioterapia | 6 | CTI/ Município |
| Anabela Gaspar | Nutrição | 3 | Protocolo/ Município |

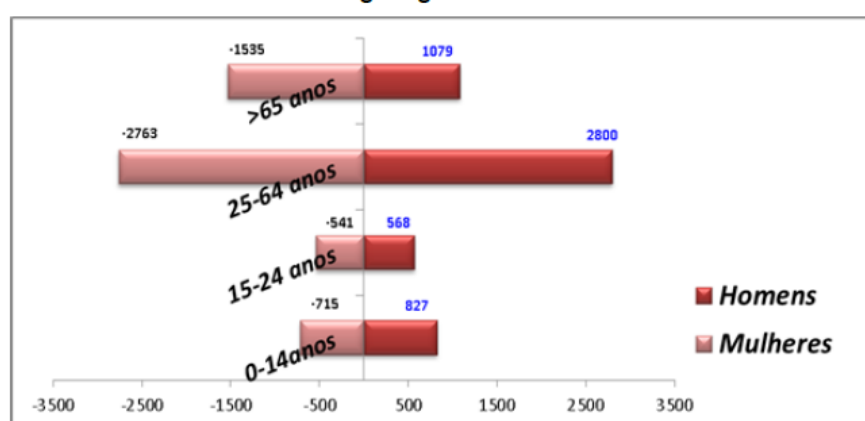
| | | | |
|---------------|------------|---|--------------------------|
| Marta Moleiro | Psicologia | 6 | Contrato de Avença / ARS |
| Nuno Lima | As. Social | 7 | CTIC |

2.4. Área geográfica de Influência

2.4.1- Informação Demográfica

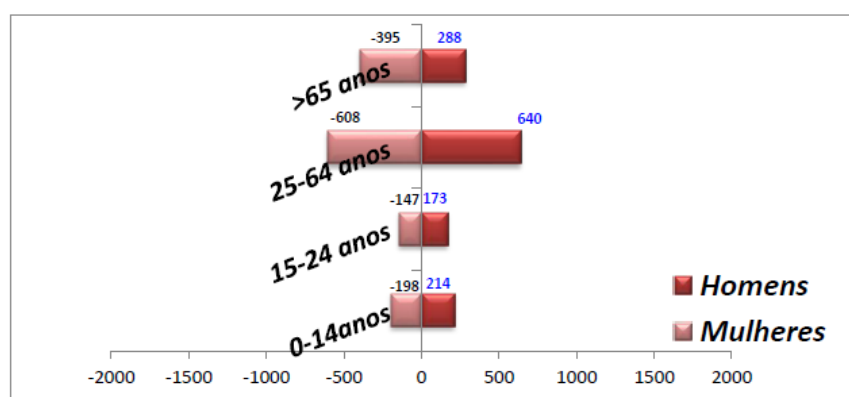
Pirâmide Etária do N.º de Residentes

Reguengos de Monsaraz



Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2011

Mourão



Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2011

A evolução da população segundo os grupos etários apresenta-se semelhante à estrutura da população do país que verifica um envelhecimento tanto da base como do topo, indicando baixa taxa de natalidade, grande número de adultos, e uma razoável expectativa de vida, a chamada “transição demográfica”, indicando envelhecimento da população.

2.4.2 Área geográfica da UCC

A UCC *Almoreg* tem uma área da atuação que coincide com a totalidade da área do Concelho de Reguengos de Monsaraz e de Mourão.

O Concelho de Reguengos de Monsaraz pertence ao Distrito de Évora e localiza-se na Região Alentejo, no Sul de Portugal. É confinado a Norte pelos Concelhos de Redondo e Alandroal, a Este pelo concelho de Mourão, a Sul pelos concelhos de Moura e Portel e a Oeste pelos concelhos de Évora e parte do de Portel. O seu limite a Sudeste é banhado pela albufeira de Alqueva, numa extensão de 200 km².

O Concelho abrange uma área de cerca de 462,22 Km² e é composto por 5 freguesias e correspondentes aglomerados, a freguesia mais urbana é a de Reguengos de Monsaraz abrangendo uma área de 99 km², sendo que a freguesia rural que ocupa maior território é a freguesia de Campo com uma área de 129,41 km² (Fig.1).



Fig. 3 - Concelho de Reguengos de Monsaraz

Mourão é uma vila, no Distrito de Évora, uma região do Alentejo Central, denominada Margem Esquerda (do Rio Guadiana). O município é limitado a norte pelo município do Alandroal, a leste pela Espanha, a sueste por Barrancos, a sul por Moura e a oeste por Reguengos de Monsaraz. É sede de um município com 278,5 km² de área, 12 hab/ km², subdividido em 3 freguesias: a Mourão (sede de concelho), Granja e Luz (Fig.4).



Fig. 4 - Concelho de Mourão

Após o último trimestre de 2015, a UCC Almoredg englobou a Vendinha na sua área assistencial. Vendinha pertence à freguesia de S. Vicente do Pigeiro que, por sua vez, pertence ao concelho e ao distrito de Évora.(Fig. 5)



Fig. 5 - Vendinha - S. Vicente do Pigeiro

Esta freguesia (S. Vicente do Pigeiro, agora com associação com S Manços) caracteriza-se por índices de envelhecimento acentuado e grande distância física da sede de concelho, dotada de uma rede débil de transportes públicos. Foram contabilizados 355 residentes. Densidade: 4,3 hab/km². Foi sede de uma freguesia extinta em 2013, no âmbito de uma reforma administrativa nacional, para, em conjunto com São Manços, formar uma nova freguesia denominada União das Freguesias de São Manços e São Vicente do Pigeiro.

O número total de residentes nos dois conselhos é de 13198 segundo os censos 2011, no entanto segundo o RNU (registo nacional de utente) o centro de saúde de reguengos e mourão tem mais inscritos, o que ultrapassa o número total de habitantes do concelho, sendo os seus serviços procurados também pela população residente em localidades dos municípios limítrofes, devido à proximidade geográfica.

2.5 - Indicadores contratualizados

A UCC contratualiza anualmente com o ACES Alentejo Central a sua carta de compromisso, sendo que em 2017 superou a maioria das metas contratualizadas. Em 2018, ano piloto na realização do PAUF (Plano de Ação para as Unidades Funcionais) na plataforma online de que resultou a carta de compromisso. (Ver Carta de compromisso)

2.6. Boas práticas na UCC Almoreg

A Unidade de Cuidados na Comunidade Almoreg assume-se, no presente e no futuro, como unidade de saúde moderna e inovadora, centrando os seus esforços no objetivo primordial que é a satisfação da comunidade que serve.

A UCC Almoreg, afigura-se como um centro de competências e de permanente aquisição, produção, divulgação de conhecimentos e valorização dos seus colaboradores, na prestação de cuidados de saúde.

Tem como instrumento essencial orientar e gerir os cuidados de saúde numa perspectiva de Gestão pela Qualidade. O Planeamento e desenvolvimento do Sistema de Gestão da Qualidade são realizados tendo por base os princípios da Melhoria Continua.

Assumimos o compromisso de cumprir a legislação em vigor.

Toda a política de gestão da qualidade deve compartilhar a excelência dos cuidados prestados com níveis de eficiência e produção, capazes de assegurar a viabilidade económica, visando a obtenção de ganhos em saúde.

Para que a política da qualidade da UCC Almored, seja uma realidade, o profissional e o utente devem ser respeitados na sua na sua dignidade sendo apoiados nas suas dificuldades e incentivada a sua capacidade de colaboração.

3. NORMAS E PROCEDIMENTOS DA UCC ALMOREG

A UCC Almored rege-se por um conjunto de normas e regras próprias que se destinam a disciplinar a atuação dos vários grupos profissionais, com vista à optimização da resposta às necessidades de preservação da saúde dos utentes e dos profissionais.

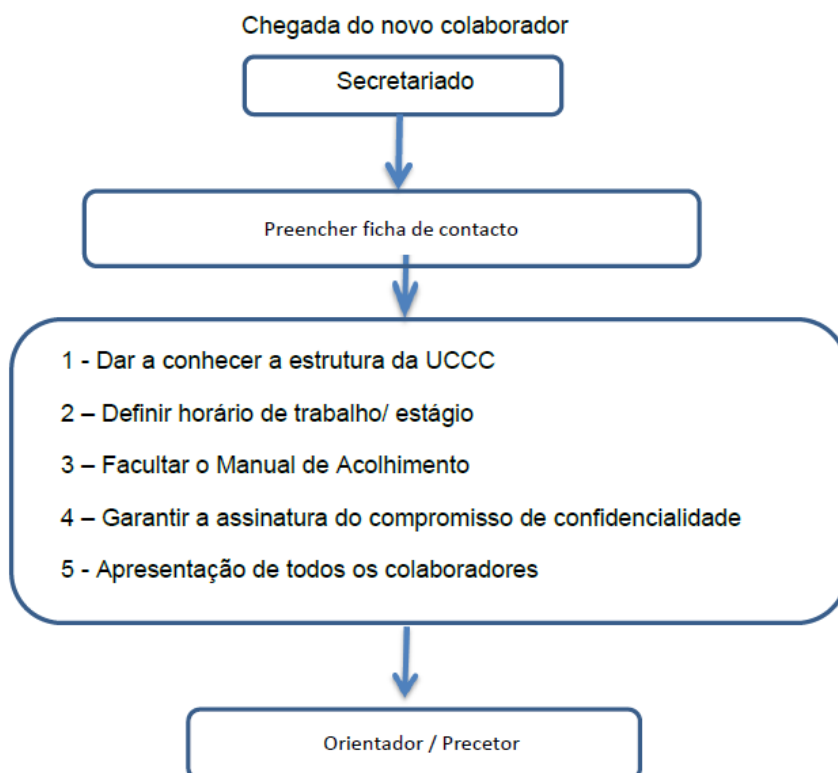
3.1- Integração

Todos os profissionais da Unidade de Cuidados na Comunidade Almored, deverão ter em conta os seguintes pontos:

- a) Ter presente que o fim último da instituição, visa servir os superiores interesses do Utente;
- b) Que lhe é devido o respeito e o cumprimento pelas regras, pela hierarquia, bem como o dever de lealdade e cooperação para com os seus pares;
- c) Que todas as categorias profissionais e alunos, estão obrigadas ao rigoroso sigilo profissional, com abstenção completa de relatos ou comentários, quer dentro quer fora da instituição, sob pena de sobre si recaírem processos disciplinares e/ou de responsabilidade civil e assumem, por escrito, o compromisso com o respeito pela confidencialidade de dados de utentes da unidade; (anexo I e anexo II);

d) O dever da procura da sua permanente atualização profissional.

Fluxograma para recepção do novo elemento



O novo colaborador tem à sua disposição:

Espaços comuns:

- Open-space onde terá um local escolhido para si, para realização de atividades dentro da UCC como registos, preparação de seções de educação para a saúde ou outros;
- Sala de refeições. Deverá trazer os seus alimentos para consumo;
- Vestiário localizado no corredor de utilização comum à UCSP e URAP;

- Telefone: para efetuar chamadas internas terá que marcar os dígitos da extensão para onde deseja falar (tabela dos números internos disponível em cada gabinete) Ligar para o exterior, falar com orientador/precetor.
- Circuito de Lavagem de bata/indumentária: Poderá entregar a sua bata/indumentária profissional, devidamente identificada com o nome, a depositar num cesto para esse efeito na sala de tratamento de roupas.

Anexos



16

ANEXO I

COMPROMISSO COM CONFIDENCIALIDADE DO PROFISSIONAL



Unidade de Cuidados na Comunidade
Reguengos de Monsaraz/Mourão

COMPROMISSO COM CONFIDENCIALIDADE DO PROFISSIONAL

Eu, _____,

declaro que fui informado(a) e comprometo-me com a adesão e respeito pela Confidencialidade e Protecção de Dados e asseguro no decurso da minha atividade os seguintes procedimentos:

- Não incluir nenhum dado de carácter pessoal ou identificativo dos pacientes em nenhum trabalho ou estudo.
- Toda a informação sobre os utentes deve ser destruída em triturador de papel.

UCC Almored, ____/____/____

Assinatura _____

ANEXO II

COMPROMISSO COM CONFIDENCIALIDADE DO ALUNO DE
ENFERMAGEM



COMPROMISSO COM CONFIDENCIALIDADE DO ALUNO DE ENFERMAGEM

Eu, _____,
aluno do curso _____, declaro
que fui informado(a) e comprometo-me com a adesão e respeito pela
Confidencialidade e Protecção de Dados e asseguro no decurso da minha
atividade os seguintes procedimentos:

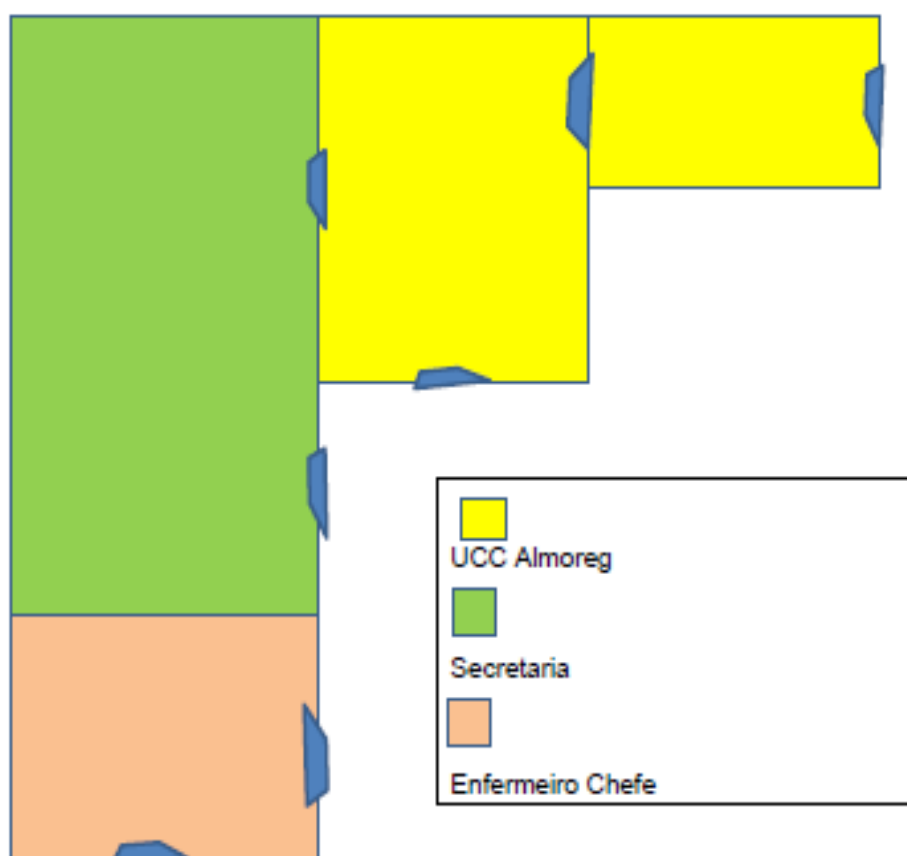
- Não incluir nenhum dado de carácter pessoal ou identificativo dos pacientes em nenhum trabalho ou estudo.
- Toda a informação sobre os pacientes deve ser destruída em triturador de papel.

UCC Almogor, ____/____/____

Assinatura _____

APÊNDICE V – Proposta de Melhorias Arquitectónicas

Vista actual





Proposta de melhoria

APÊNDICE VI - Formulário de Observação da Mamada

UCC ALMOREG- CANTINHO DE AMAMENTAÇÃO



Implementação do Formulário de Observação da mamada no “Cantinho da Amamentação”

Elaborado: Maria Clara Lourenço

Fevereiro, 2018

FUNDAMENTAÇÃO

Hoje, como sempre, o leite materno é o melhor alimento para qualquer criança. As suas virtudes são universalmente reconhecidas e a sua promoção continua a ser uma prioridade para os cuidados de saúde, através de políticas de atuação bem definidas e de execução simples.

“A decisão de amamentar é da inteira e soberana vontade da mãe; o sucesso do aleitamento materno depende dela, do recém-nascido e da intervenção segura e confiante dos médicos e enfermeiras no acompanhamento e apoio à prática da amamentação. Esta vontade coletiva e institucional e uma acção coerente, partilhada e bem aceite por todos, são condições essenciais para o êxito” (MOLEIRO et al, 2004, p.113). Ou seja, a capacidade de uma mãe otimizar o aleitamento materno ao seu bebé, depende do apoio que recebe, cabendo aos profissionais de saúde, um papel especial no aconselhamento do aleitamento materno no período pré e pós natal.

A OMS e a UNICEF recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos seis meses, e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos dois anos ou mais (1997). O aleitamento materno exclusivo significa dar ao bebé apenas leite materno, directamente ou extraído previamente, sem nenhum líquido ou sólido, inclusivamente água, com excepção para medicamentos, vitaminas ou sais minerais (OMS/UNICEF, 1997). Sendo um alimento cada vez mais reconhecido como determinante da saúde do bebé, a curto, médio e também a longo prazo, consideramos que a promoção da amamentação é de maior importância. Noventa por cento das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno mas quase metade das mães desistem da amamentação durante o primeiro mês de vida do bebé (UNICEF, 2008). Se antigamente as mães ensinavam as filhas e a amamentação aprendia-se principalmente pela observação, no seio de famílias extensas, “hoje em dia muitas grávidas nunca viram amamentar, sentem-se inseguras e carecem de informação prática” (GONZÁLEZ, 2004).

Estudos já elaborados e publicados a nível nacional e europeu apontam como causas para o abandono precoce do aleitamento materno a insegurança das mães no ato de amamentar (má pega) e na capacidade de suprir eficazmente as necessidades nutricionais do bebé (hipogalactia e má progressão ponderal) (SANDES et al, 2007). Cabe-nos a nós, enquanto profissionais de saúde, garantir à criança o direito ao aleitamento materno, estando aptos a ajudar a mãe a adaptar-se à amamentação, no sentido em que promover o aleitamento materno é contribuir para ganhos em saúde uma vez que beneficia a criança, a mãe, a família e a comunidade. Enquanto enfermeiros, assumimos assim um papel essencial em todo este processo por fazer um acompanhamento nas primeiras amamentações, com a perspectiva de diminuir o stress e promover um ambiente calmo, ouvir e esclarecer dúvidas. Deste modo, a nossa intervenção deve ser o mais precoce possível, principalmente nos primeiros dias e até às 3 semanas, período este, em que a mãe tem colostro e pensa que este não é suficiente para o seu filho. Por outro lado, é também nesta fase que ocorrem as principais dificuldades com as mamas tais como fissuras, gretas ou outras complicações e em colocar o bebé à mama. Uma pega incorrecta é o suficiente para que o bebé não extraia leite em quantidade suficiente e consequentemente não aumente de peso. Algumas mães, por falta de informação e de apoio interpretam o choro do seu filho como fome e que o seu leite é insuficiente para saciar a criança, optando por abandonar o aleitamento materno. Segundo BOBAK (1999) “o sucesso do programa de amamentação pode ser avaliado pela observação directa do bebé ao peito”. Avaliar uma mamada permite a tomada de decisão quanto à necessidade de ajuda e como ajudar a mãe que amamenta (OMS/UNICEF, 1997). Podemos, aprender muito sobre como está a correr a amamentação, se bem ou mal, através da observação. Isto é tão importante no exame clínico, quanto outros aspectos examinados, tais como procurar sinais de desidratação ou contar a frequência respiratória do bebé. Isto porque, muitas das dificuldades são causadas por uma pega ineficaz, dificuldades essas, que podem ser superadas se ajudarmos a mãe a corrigir a posição do bebé e podem ser prevenidas se ajudarmos a mãe a colocar o bebé à mama nos primeiros dias.

Algumas das consequências de uma pega incorrecta e ineficaz são dor e ferida nos mamilos, ingurgitamento, bebé insatisfeito, que quer mamar mais, frustrado e que se recusa a mamar e por fim, bebé que não ganha peso.

Introduzir a aplicação do formulário de observação da mamada como um instrumento de suporte no atendimento no “Cantinho de Amamentação” tem como objectivo geral contribuir para o apoio ao aleitamento materno nas famílias que decidem amamentar ao Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz. A existência de um suporte escrito que permita uma melhor percepção das dificuldades que a mulher e seu bebé podem apresentar nesta nova fase da sua vida, ajuda a direccionar os cuidados de enfermagem e a focalizar as áreas de intervenção. Deste modo, este formulário permite uma observação sistematizada da díade em amamentação; identificar áreas que requerem intervenção e/ou educação, servir como um instrumento de comunicação e documentação entre os profissionais de saúde. Além do mais, repetindo a avaliação, permite identificar se houve mudanças na experiência da amamentação.

Para dar resposta aos indicadores de qualidade da UCC deve o profissional responsável pelos cuidados à díade mãe/bebé proceder ao registo da observação da mamada e de todos os cuidados prestados na consulta de enfermagem no SClinico.



GUIA PARA OBSERVAÇÃO DA MAMADA

| | | |
|---|--|---------------------|
| Nome da mãe | Data do Parto: | Data da observação: |
| Nome do bebé | Idade do bebé: | |
| Peso ao nascer: | Preparação para o parto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Sinais de que a amamentação sem dificuldades: | Sinais de possível dificuldade: | |
| Observação Geral da Mãe | | |
| <input type="checkbox"/> Mãe parece saudável <input type="checkbox"/> Mãe está relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Sinais de vínculo entre a mãe e o bebé | <input type="checkbox"/> Mãe parece doente ou deprimida <input type="checkbox"/> Mãe parece tensa e desconfortável <input type="checkbox"/> Sem contacto visual mãe/bebé, apoio frágil <input type="checkbox"/> Mamas parecem avermelhadas, inchadas ou doloridas <input type="checkbox"/> Mama segurada com dedos na aréola | |
| Observação Geral do Bebé | | |
| <input type="checkbox"/> Bebé parece saudável <input type="checkbox"/> Bebé calmo e relaxado <input type="checkbox"/> O bebé busca ou alcança a mama se está com fome | <input type="checkbox"/> Bebé parece sonolento ou doente <input type="checkbox"/> Bebé agitado ou a chorar <input type="checkbox"/> O bebé não tenta alcançar ou não procura a mama | |
| Posição do bebé | | |
| <input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebé estão alinhados <input type="checkbox"/> Bebé seguro próximo ao corpo da mãe <input type="checkbox"/> Bebé de frente para a mama, nariz para o mamilo <input type="checkbox"/> Todo o corpo do bebé apoiado | <input type="checkbox"/> Cabeça e corpo do bebé rodados <input type="checkbox"/> Bebé afastado do corpo da mãe <input type="checkbox"/> Bebé apoiado apenas pela cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Bebé aproxima-se da mama com o lábio inferior/queixo frente ao mamilo | |
| Pega | | |
| <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebé <input type="checkbox"/> A boca do bebé está bem aberta <input type="checkbox"/> O lábio inferior está virado para fora <input type="checkbox"/> O queixo do bebé toca a mama | <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior <input type="checkbox"/> A boca do bebé não está bem aberta <input type="checkbox"/> Lábios voltados para frente ou virados para dentro <input type="checkbox"/> O queixo do bebé não toca a mama | |
| Sucção | | |
| <input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas <input type="checkbox"/> Bochechas arredondadas (cheias) durante a sucção <input type="checkbox"/> Bebe solta a mama quando termina <input type="checkbox"/> Mãe percebe sinais do reflexo da oxitocina | <input type="checkbox"/> Sucções rápidas e superficiais <input type="checkbox"/> Bochechas concavas (vazias) durante a sucção <input type="checkbox"/> Mãe tira o bebé da mama <input type="checkbox"/> Sinais do reflexo da oxitocina não percebidos | |

Tradução do Manual de AAM WHO/UNICEF:2009

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BOBAK, I; LOWDWEMILK, D; JENSEN, M - Enfermagem na maternidade. 4ª Edição, Loures, Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-09-6.

GOMES, A. et al - Aleitamento Materno. Consensos Nacionais de Neonatologia, 2004, 205 p.

GONZÁLEZ, C. - Manual Prático do Aleitamento Materno. Mama Mater – Associação, 2004

MOLEIRO, A; GOMES, A; NONA, M. - Aleitamento Materno. Consensos Nacionais de Neonatologia.

(OMS/UNICEF) - Aconselhamento em amamentação. Manual do participante. OMS/UNICEF, 1997,

(OMS/UNICEF) - Aconselhamento em amamentação. Manual do participante. OMS/UNICEF, 2018